DREIZEHN FÄLLE

VON

KÜNSTLICHER FRÜHGEBURT.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

UNTER ZUSTIMMUNG DER HOCHLÖBL. MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU MARBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

EINREICHT UND

AM 11. AUGUST 1877

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

GEORG WACHENFELD

PRACT. ARZT AUS GRIFTE.

MARBURG.

UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI (R. FRIEDRICH)

1877.

Herrn Professor Dr. Dohrn

sage ich hiermit für die Freundlichkeit, mit der er mir das Material zu dieser Arbeit zur Verfügung stellte, meinen herzlichsten Dank.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0151

Nachstehende Fälle von künstlich eingeleiteter Frühgeburt kamen in der Zeit von Ende August 1875 bis Anfang August 1877 in der geburtshilflichen Klinik zu Marburg zur Beobachtung.

Da die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken noch neuerdings von Einzelnen angezweifelt sind, so erschien es mir verdienstlich, die in den letzten vier Jahren hier beobachteten Fälle im Anschluss an die Arbeiten von Justi, Schlemm, Weber und Suchier ausführlich zu veröffentlichen. Es ist aus ihnen ersichtlich, welche vortrefflichen Erfolge hiernach durch diese Operation für Mutter und Kind erzielt worden sind, und bei Zusammenrechnung der nachstehenden Fälle mit den früher bereits publicirten ergiebt sich eine zu grosse Zahl, als dass das Ergebniss lediglich dem Zufall würde zugeschrieben werden können.

Erster Fall.

(J. No. 5582.)

Frau W., 33 Jahre alt, eine mittelgrosse Blondine, hat in ihrem 2. Jahre laufen gelernt. Sie hat nach ihren Angaben nie an Rachitis, dagegen von Kindheit an »an den Augen« gelitten. Das linke Ellenbogengelenk ist ankylotisch. Die erste Menstruation stellte sich bei ihr im 18. Jahre ein und erfolgte von da an stets reichlich mit achttägiger Dauer regelmässig alle vier Wochen. Sie hat vor 6 Jahren schon einmal geboren und scheint damals mit der Zange entbunden zu sein. Das Kind

hat 4 Stunden gelebt. Nach der Entbindung war sie drei viertel Jahr krank.

Die Angaben über die letzte Menstruation sind sehr schwankend. Anfangs gab sie als Datum der Conception einen der ersten Tage des September 1872 an, später behauptete sie, noch kurz vor Weihnachten menstruirt zu sein.

Status am 22. August 1873.

Aeussere Untersuchung: Fundus 8 Finger breit über dem Nabel. Geringer Hängebauch. Wandungen straff. Ziemlich viel Fruchtwasser. Frucht in erster Diagonale. Rücken rechts. Foetalpuls rechts unten. Kopfsteisslänge nach Ahlfeld gemessen 23,4 Ctm.

Innere Untersuchung: Scheide weit. Scheidentheil 1,5 Ctm. lang. Cervicalkanal lässt ein Fingerglied eingehen. Kopf fest auf dem Becken. Promontorium stumpf. Tiefstehende Schoossfuge niedrig, von mittlerer Neigung. Seitenwände leicht bestreichbar.

Der Beckenmessung zu Folge ist das Becken ein allgemein verengtes glattes mit muthmasslicher conj. vera von 8,2 Ctm.

Spin. 26,5
Crist. 27,9
Baud. 17,8
Conj. diag. 10—10,5

23. August: Nachdem am gestrigen Tage der vorstehend aufgeführte Befund erhoben war, wurde heute (muthmasslich in der 35—36 Woche) mit der künstlichen Einleitung der Frühgeburt begonnen. Morgens 9 Uhr wird ein Bougie in den Uterus hinaufgeführt. Zwei Stunden nachher häufige Spannungen, die gegen Mittag an Stärke zunehmen.

24. August: Letzte Nacht guter Schlaf. Morgens 9 Uhr findet sich der Cervicalcanal für 2 Finger durchgängig, 2 Ctm. lang. Der Kopf auf dem inneren Muttermund fest aufliegend. Befinden der Kreissenden und Foetalpuls sind gut.

Im Laufe des Tages sind die Wehen schwach. Abends

wird drei Stunden lang wieder ein Bougie eingelegt, welches die Wehen etwas verstärkt.

25. August: Letzte Nacht fortwährender Wehendrang, kein Schlaf. Den Tag über ebenso. Nachmittags 4 Uhr erfolgt der Blasensprung bei 1 Ctm. weitem dünnen Muttermund. Abends 9 Uhr kräftige Wehen. Muttermund 2 Ctm. weit und scharfrandig. Der Kopf liegt fest auf. Die kleine Fontanelle ist links vorn zu fühlen. Der Foetalpuls ist gut, das Befinden der Kreissenden ebenfalls.

26. August: Morgens $3\frac{1}{2}$ Uhr ist die Geburt erfolgt unter unregelmässigen Drehungen, der ersten Schädellage entsprechend. Der Durchtritt durchs Becken erfolgte rasch. Die Nachgeburt wurde erst nach längeren Versuchen durch den Credé'schen Handgriff entfernt.

27. August: Der After ist ganz umgeben von Hämorrhoidalknoten, welche bedeutend ödematös geworden sind und sehr schmerzen. Es werden Bleiwasserumschläge angeordnet.

29. August: Die linke Mamma ist bedeutend angeschwollen und schmerzhaft. Dieselbe wird aufgebunden. Der Zustand der Hämorrhoidalknoten ist etwas besser. Abends heftige Schmerzen in der linken Mamma. Festes Aufbinden derselben und Opiat.

30. August: An einer circumscripten Stelle über der Warze ist Röthung vorhanden nnd in der Tiefe Fluctuationsgefühl.

31. August: Die Fluctuation ist deutlicher und ausgebreiteter. Der Abscess wird eröffnet und dabei eine bedeutende Menge Eiters entleert.

Die Temperatur, die am 29. und 30. bis auf 39,6 gestiegen war, fällt am 1. September bis auf 36,8.

Von jetzt an normaler Verlauf der Wochenbettees.

Am 15. September werden Mutter und Kind entlassen.

Zweiter Fall.

(J. No. 5730.)

Frau S., 37 Jahre alt, eine mittelgrosre ziemlich kräftige Blondine, lernte früh das Laufen und war als Kind stets gesund.

Im 4. Jahre hat sie die Rötheln gehabt. Die linksseitige, unvollkommene Gesichtslähmung will sie von der Geburt, welche eine Zangenextraction war, zurückbehalten haben. Seit ihrem 15. Jahre ist sie regelmässig alle 4 Wochen 8 Tage lang menstruirt. Ihr späteres Befinden war stets gut.

Die Schwangere hat bereits sechsmal geboren. Die fünf ersten Geburten wurden mit der Zange beendigt und lieferten jedesmal ein todtes Kind, mit Ausnahme des zweiten, welches am 9. Tag an Krämpfen starb. Behufs ihrer 6. Entbindung kam Frau S. hierher und wurde hierselbst am 29. April 1872 vermittelst der künstlichen Frühgeburt von einem gesunden Mädchen entbunden. Das Kind lebt und ist gesund.

Die letzte Menstruation hatte die Schwangere 8—14 Tage nach Neujahr. Die Conception datirt angeblich von der Mitte Januar. Die ersten Kindsbewegungen will Frau S. am 25. oder 26. Mai gespürt haben. Das Befinden während der Schwangerschaft war im Allgemeinen gut.

Status am 3. September 1874.

Aeussere Untersuchung: Starker Hängebauch. Uterus schlaff. Der Fundus steht 6 Finger breit über den Nabel. Fruchtwassermenge mässig. Die Frucht hat Neigung, sich quer zu legen. Kopf rechts, Steiss links. Die Messung nach Ahlefeld ergiebt Kopf- und Steisslänge 23,4 Ctm. Der Rücken liegt nach vorn. Der Fötalpuls ist unten am besten zu hören. Die Frucht lässt sich sehr leicht verschieben.

Innere Untersuchung: Scheide weit und schlaff. Das Scheidengewölbe steht sehr hoch. Der Cervicalcanal klafft zwei Ctm. weit. Durch Druck von aussen lässt sich der Kopf in den Beckeneingang stellen. Gegenwärtig besteht noch kein räumliches Missverhältniss zwischen Kopf und Beckeneingang.

Die innere und äussere Untersuchung machen es wahrscheinlich, dass Frau S. sich erst in der 32. bis 33. Woche der Schwangerschaft befindet, welche Zeitbestimmung auch mit den Angaben der Schwangeren übereinstimmt.

Die Beckenmessung ergab:

Spin. 26,7
Crist. 29,5
Baud. 18,4

11. September: Die Scheide ist weit und feucht. Der Kopf und kleine Theile liegen vor. Die Frucht ist noch so klein, dass die Geburt im Interesse des Kindes noch nicht eingeleitet werden kann.

19. September: Die Messung der Frucht nach Ahlfeld ergab eine Länge von 47,6 Ctm.

21. September: Auf Wunsch der Frau S. und nachdem häufig wiederholte Untersuchungen derselben zu dem Ergebniss geführt hatten, dass sie sich nun mehr etwa am Ende der 35. Schwangerschaftswoche befinde, wurde heute Morgen 8½ Uhr die künstliche Einleitung der Frühgeburt mit der Einführung eines zeimlich dicken englischen Bougie's begonnen.

Dasselbe dringt mässig leicht zwischen Eihäuten und Uterus in die Höhe. Im Laufe des Tages kamen mässig intensive Contractionen zu Stande. Das Bougie wird zweimal im Laufe des Tages durch ein anderes ersetzt. Beim Wechseln zeigt sich nur eine Spur blutigen Schleimes.

Die sehr bewegliche Frucht liegt in Längslage, der Rücken nach rechts, rechts oben ein grosser harter Theil. Wiewohl die Frucht noch nicht gross ist, fühlt sich doch der zuweilen innerlich vorliegende Kopf hart an. Der Fötalpuls ist von normaler Frequenz und laut in der ganzen rechten Seite zu hören.

Abends nach 6 Uhr wird das dritte Bougie entfernt, da ziemlich reichlicher Schleimabgang mit spärlichem Blut vermischt eingetreten ist. Fs wird eine lauwarme Injection in die Vagina verordnet.

22. September: Die Kreissende hat während der Nacht ziemlich gut geschlafen, wurde aber doch mehrmals durch Wehen geweckt. Das Kind liegt auch heute früh in Längslage. Die Vagina ist sehr aufgelockert und feucht, der Cervicalcanal

bedeutend leichter durchgängig, als gestern. Das heute früh wieder eingelegte Bougie glitt fast von selbst bis zum fundus uteri in die Höhe.

Am Abend wird das Bougie wieder entfernt und eine lauwarme Injection gemacht. Die Wehen traten weder besonders häufig noch sehr intensiv auf.

23. September: Schlaf ziemlich gut. Scheide sehr weit und feucht. Muttermund etwa thalergross. Die Eiblase buchtet sich stark durch denselben vor, ist aber leer, doch lässt sich von links oben ein grosser harter Theil herabdrücken. Es wird kein Bougie mehr eingelegt, sondern die linke Seitenlage anempfohlen und der Leib bei Längslage der Frucht mit einer Leibbinde aufgebunden.

Während des Tags wurden nur wenig ergiebige und vereinzelte Wehen beobachtet, nichtsdestoweniger steht Abends 9 Uhr die Blase sprungfertig nahe der Schamspalte. Dieselbe enthält noch immer keinen vorliegenden Theil.

Abends 10 Uhr wird mit einem stumpfen Draht ausserhalb der Wehe eine kleine Oeffnung in die pralle Blase gemacht, worauf einiges Fruchtwasser abfliesst. Nunmehr lässt sich ein kleiner Theil, anscheinend ein Ellenbogen, durch die erschlaffte Eihaut durchfühlen und von links oben ein grosser Theil herabdrücken, vermuthlich der Kopf. Um diesen grossen Theih womöglich zum Eintritt in den Beckeneingang zu bringen, wird wird während der nächsten halben Stunde die Frucht äusserlich so gehalten, dass dieser links liegende Theil herab-, ein rechts gefühlter (Steiss?) heraufgedrückt wurde. Da es jedoch bei sehr zögernden und schwachen Wehen nicht zur Einstellung eines grossen Theils kam, vielmehr neben dem vorliegenden (linken) Aermchen auch noch Nabelschnur gefühlt wurde, so schien nur durch die Wendung auf die Füsse noch die Geburt eines lebenden Kindes möglich.

Der Fötalpuls war, trotz des theilweisen Wasserabflusses, seither nie unter 120 Schläge gesunken. Es wurde nun in der linken Seitenlage bei Erschlaffung des Uterus durch die Chloro-

formnarkose mit der rechten Hand eingegangen und der rechte Fuss verhältnissmässig leicht heruntergeholt; sodann wurde die Kreissende in der Rückenlage auf den Geburtsstuhl gelagert und zunächst versucht, durch Reibungen Contractionen auszulösen, was jedoch nur ungenügend gelang. Es musste daher der Wendung die Extraction erfolgen, umsomehr, als sehr bald reichlicher Abgang von Meconium eintrat.

Da das Kind sehr kräftig entwickelt war, so machte die Extraction und besonders das Lösen der Arme einige Schwierigkeit, bei dem gänzlichen Mangel von Wehen.

Die Entwickelung des Kopfes durch den combinirten Handgriff folgte nicht so rasch, als es wünschenswerth gewesen wäre. Der Beckeneingang setzte dem Kopf längere Zeit hindurch bedeutende Schwierigkeiten entgegen, so dass erst bei der 4. oder 5. Traction der Kopf mit einem Ruck ins Becken rückte, wobei es einmal in der Nackengegend ein krachendes Geräusch gab. Nach drei weiteren Tractionen passirte der Kopf endlich den Beckenausgang.

An dem kräftigen Knaben sah man sowohl die Herzpulsation, als auch öftere Athemzüge, doch war das Athmen nicht regelmässig und zum Schreien kam es in der ersten Viertelstunde nicht. Langes Hin- und Herbewegen im warmen Bade bewirkte endlich tiefere und regelmässige Inspirationen und lebhafte Bewegungen des Kindes.

Kurz nach 11 Uhr Abends war die Geburt vollendet. Das Kind zeigte an dem wohlgebildeten Kopfe keine Spuren von Promontorium. Nähte und Fontanellen sind schmal. Nach einer Viertelstunde folgte die Nachgeburt sehr prompt auf den Credé'schen Handgriff. Dieselbe ist vollständig und zeigt nur seitlichen Eihautriss, sonst nichts besonderes.

28. September: Das Wochenbett ist bis jetzt normal verlaufen. Der Uterus hat sich gut contrahirt. Die Wöchnerin hat reichlich Milch. Nur in den ersten 24 Stunden wurde das Kind bei einer anderen Wöchnerin angelegt, wo es sofort gut trank. Seit vorgestern zeigt das Kind beträchtlichen Icterus.

8. October: Nach ganz leichtem Wochenbettverlauf wird heute Frau S. mit kräftigem gesunden Kind entlassen.

Dritter Fall.

(J. No. 5746.)

Frau L., 31 Jahr alt, eine kräftige Brünette von mittlerer Grösse, war als Kind gesund. Sie weiss nicht, wann sie laufen gelernt hat, will aber nicht an Rachitis gelitten haben. Im 20. Lebensjahr stellte sich die erste Menstruation bei ihr ein. Dieselbe war anfangs unregelmässig. Die Schwangere hat bereits 7 mal geboren. Das erste Kind starb während der Geburt (Fusslage, Extraction) das zweite wurde ein Jahr später, im Jahr 1867 in natürlicher Schädellage geboren, kam aber todt zur Welt, ebenso das 3. und 4. Die 5. Niederkunft erfolgte im Jahr 1870 und lieferte ein lebendes Kind, das aber 8 Monate alt starb. Die 6. Niederkunft erfolgte natürlich, währte aber 3 Tage und ergab ein todtes Kind. Die 7. Niederkunft lieferte im Jahr 1873 ebenfalls ein todtes Kind (Querlage). Die Wochenbetten waren immer normal.

Die letzte Menstruation soll zu Neujahr erfolgt sein. Die ersten Kindesbewegungen will die Kreissende rechts oben, aber auch unten am 21. Juni 1874 bermerkt haben. Das Befinden während der Schwangerschaft war im Allgemeinen gut.

Status am 1. September 1874. Aeussere Untersuchung: Knochen sehr kräftig, Tibien zeigen vermehrte Convexität.

Leib flach, gering vornüberhängend. Fundus 4 Finger breit über dem Nabel. Uteruswandungen sehr schlaff. Wenig Fruchtwasser. Frucht in erster Diagonale. Kleine Theile oben rechts, Der Fötalpuls ist links unten am besten zu hören. Innere Untersuchung: Die Vagina ist gesund. Der Scheidentheil liegt hinter der Symphyse, ist weich und klafft gering. Der Kopf beweglich vor. Das Promontorium ist stumpf und sehr tief stehend.

Status am 7. October 1874 Aeussere Untersuchung: Der Fundus steht handbreit über dem Nabel. Die Frucht liegt in der ersten Diagonale. Rechtsoben ist ein harter sehr beweglicher Theil zu fühlen. Der Fötalpuls ist bei dicken Bauchdecken sehr undeutlich.

Innere Untersuchung: Der Scheidentheil ist einen Ctmtr. lang. Der Cervicalcanal nimmt die Fingerspitze auf. Links liegt ein grösserer Theil vor. Die Beckenmessung ergab:

Spin.	27,4
Crist.	29,0
Band.	19,8
Conj. diag.	10,5.

Frau L. fand sich im September hier ein, um sich der künstlichen Einleitung der Frühgeburt zu unterwerfen. Ihre Angaben über letzte Menstruation und erste Kindsbewegungen lauteten sehr bestimmt, passen aber nicht zueinander und auch nicht zum Untersuchungsbefund. Sie wurde auf Anfang October wieder herbestellt und ihr für die Zwischenzeit linksseitige Lagerung und Tragen einer Leibbinde angerathen.

Am 10. October schien die Schwangerschaft dem Befund nach bis auf 5 Wochen dem rechtzeitigen Ende nahe zu kommen. Die Frucht lag mit einem grösseren Theil vor, das Allgemeinbefinden war gut. Nachmittags 3 Uhr wird ein Bougie in den Uterus geschoben, das übrigens nur wenig tief eindringt, und Abends 8 Uhr, nachdem einige Spannungen aufgetreten. wieder entfernt wird.

11. October. Nachts ruhiger Schlaf. Morgens 9 Uhr wird das Bougie wieder eingelegt. Bald darauf machen sich wieder leichte Spannungen bemerkbar. Die Scheide ist weicher, die Secretion reichlicher. Abends 6 Uhr wird das Bougie entfernt.

12. October. Nacht unruhig, aber nur unbedeutende Zusammenziehungen. Cervicalcanal lässt noch nicht völlig den Finger durch. Die Fortsetzung der Versuche, Wehen anzuregen, wurde vom 12.—14. äusserer Umstände halber unterbrochen. In diesen Tagen geschah nichts weiter, als dass Morgens und Abends eine lauwarme Injection gemacht wurde, die aber ganz wirkungslos blieb.

Am 15. October wurde Morgens 9 Uhr wieder Bougie eingelegt, und zwar unter Zuhülfenahme des Speculums, was bei nach vorn gerichteter Stellung des Scheidentheils die Sache be-

deutend erleichtert. Das Bougie drang hoch hinauf und nach $^1/_2$ Stunde begannen leichte Contractionen.

16. October. Abends haben die Contractionen sich vermindert und Nachts ganz sistirt. Der Cervicalcanal ist etwas kürzer und der vorliegende Theil drückt fester auf, auch ist etwas blutiger Schleim abgegangen. Im Ganzen ist nur ein sehr geringer Fortschritt zu constatiren. Das Bougie wurde, wie gestern, Morgens 9 Uhr eingelegt und Abends 6 Uhr wieder entfernt.

18. October. Auch gestern wurde wieder Bougie eingelegt, das sehr leicht bis zum Fundus hinaufglitt. Nach Einlegen des Bougies erfolgte Abgang von etwas blutigem Schleim. Nur schwache Contractionen erfolgten, doch zeigte sich heute Morgen der Cervicalcanal völlig durchgängig. Der innere Muttermund gespannt und man fühlt hinter den Eihäuten einen grösseren nebst einem kleineren Theil. Bougie schien jetzt nicht mehr nöthig und es werden statt dessen lauwarme Injectionen, alle $1^1/_2$ Stunden eine, gemacht.

20. October. Wenig Contractionen bisher, doch ist der Muttermund sehr weich und lässt zwei Finger durchgehen, wobei man die Eispitze völlig los findet. Mittags wird wieder ein dickes Bougie eingelegt, das bis zum Fundus ohne Widerstand hinaufgleitet. Ueber dem innern Muttermund sind wechselnd Füsse oder Kopf zu fühlen.

21. October. Während der Nacht erfolgten stärkere Zusammenziehungen, Morgens 9 Uhr war der Muttermund 5 Silbergroschengross. Die Blase treibt sich durch denselben vor. Links in der Höhe ist der vorliegende Kopf zu fühlen und unter demselben ein grosses Convolut Nabelschnur, das lebhaft pulsirt. Die Kreissende wird auf die linke Seite und etwas nach vorn geneigt gelagert. Nachdem bis zum Mittag hin diese Lage keinen Erfolg hat, wird die Rückenlage, später die rechte Seitenlage angeordnet. Auch dabei bleibt die Nabelschnur wie früher über dem Muttermund. Ebenso fruchtet auch Nichts der Versuch die Frucht äusserlich herumzuschieben.

22. October. Nachts 3 Uhr sind stärkere Wehen aufgetreten und etwas Fruchtwasser ist abgeflossen (hoher Eihautriss). In der Blase ist nicht mehr die Nabelschnur, wohl aber dagegen der Ellenbogen fühlbar. Der Kopf ist links ausgewichen. Morgens 7 Uhr findet sich die Sache noch ebenso. Die Frucht steht in erster Schulterlage, erste Unterart. Die rechte Hand ist in der prall gespannten Blase fühlbar. Der Fötalpuls ist gut. Da der Muttermund die Hand bequem durchliess und auch die Durchführung des Kopfes voraussichtlich keine Schwierigkeiten machen würde, wurde zur Wendung in der Chloroformnarkose und rechten Seitenlage geschritten. Die Blase wurde am Bauch des Kindes gesprengt, doch floss bei der weiten Vagina trotzdem ziemlich Wasser ab bei der Operation. Die eingeführte linke Hand ergriff das rechte untere Kinn der stark zusammengebogenen Frucht. Herableitung des Beins und Umdrehung der Frucht gelang leicht. Ein Packet Nabelschnur kam mit dem herabgeleiteten Bein vor die Schamspalte. Die Kreissende wurde auf den Geburtsstuhl gebracht und bekam bald darauf 2 gute Wehen unter denen extrahirt wurde. Beide Arme wurden leicht gelösst. Der Kopf ging rasch durch. Das Kind war scheintodt in mässigem Grad. Die Wendung und Extraction hatten 1/4 Stunde gedauert. Die Placenta wurde mit dem Crede'schen Handgriff leicht entfernt.

An der ziemlich langen Nabelschnur fanden sich zwei weisse Knoten vor.

25. October. In den ersten zwei Tagen des Wochenbettes klagte die Wöchnerin über ziemlich heftige Schmerzen an der Innenfläche des rechten und nochmehr des linken Oberschenkels wiewohl keinerlei Infiltration oder Venenthrombose an den schmerzhaften Stelle zu fühlen waren. Es ist wahscheinlich, dass dieser Schmerz durch unruhiges Verhalten der Wöchnerin verursacht war. Dazu beigetragen mögen auch die starken Varicen haben, welche die Wöchnerin hat. Seit gestern hat sie keine Klagen mehr. Die Milchsecretion ist reichlich und das Kind saugt gut.

27. October. Das Befinden von Mutter und Kind lässt Nichts zu wünschen übrig. An dem Kind ist seit gestern ziemlich beträchtlicher Isterus wahrzunehmen. Der Nabelschnurrest ist dem Abfallen nahe. Der Nabelring prominirte heute etwa 1 Ctmtr. über das Niveau des Bauches.

5. November. Frau L. wurde heute nach ganz normalem Wochenbett mit gesundem Kind nach Hause entlassen.

Vierter Fall.

(J. No. 5764).

Scholastica A., 36 Jahre alt, blond, 138 Ctmtr. gross, weiss nicht wann sie das Laufen gelernt hat. Die erste Menstruation stellte sich in ihrem 15. Jahr ein und erfolgte von da an regelmässig alle 4 Wochen mit 3—4tägiger Dauer. Die Schwangere hat zweimal „die Halsbräune“ durchgemacht. Sie ist Erstgebährende.

Zuletzt wurde sie menstruirt zu Ende März. Die ersten Kindsbewegungen will sie anfangs August im ganzen Leib gespürt haben. Zuweilen hat sie Erbrechen während der Schwangerschaft gehabt.

Status am 7. November 1874. Aeussere Untersuchung: Leib mächtig ausgedehnt. Hängebauch, besonders links unten stark vorgebuchtet. Wandungen schlaff. Wenig Fruchtwasser. Frucht in erster Diagonale. Rechtsoben kleine Theile. Bauch nach vorn. Linksunten der Kopf über der Symphyse. Links unten Fötalpuls.

Innere Untersuchung: Schamspalte und Scheide sehr eng. Scheidentheil links $1\frac{1}{2}$ Ctmtr. lang, weich, cylindrisch. Keine vorliegenden Theile. Muttermund geschlossen, steht ziemlich weit nach vorn.

Status am 28. November. Aeussere Untersuchung: Leib stark vorgebuchtet. Fundus 4 Finger breit über dem Nabel. Wandungen sehr straff. Frucht in erster Diagonale. Kleine Theile oben rechts. Kopf über der Symphyse zu fühlen. Fötalpuls links unten.

Innere Untersuchung: Schamfuge sehr niedrig, ziemlich stark geneigt. Seitenwände des Beckens in ziemlich grosser Ausdehnung bestreichbar. Promontorinm stumpf, ziemlich tiefstehend. Scheidentheile links weit nach vorn, wenig über 1 Ctmtr. lang, weich. Muttermund geschlossen. Kopf hoch vorliegend. Die Schwangerschaft scheint heute bis zum Ende der 34. Woche vorgeschritten. Da der Muttermund noch geschlossen und die Stellung des Scheidentheils ungünstig zur Einführung eines Bougies ist, so soll morgen die Kiwische Douche zunächst angewandt werden.

Die Beckenmessung ergab:

Spin.	23,4
Crist.	25,6
Band.	17,2
Conj. diag.	9,7
Conj. ver.	8,1

29. November. Die Schwangere erhält im Lauf des Tages 5 lauwarme Injectionen in die Scheide. Das Befinden ist gut. Ab und zu sind Spannungen des Uterus zu beobachten, eigentliche Wehen traten jedoch nicht auf.

30. November. Nachts gut geschlafen. Morgens 8 Uhr noch eine Injection. Um 10 Uhr wird in den nun günstiger, d. h. mehr in der Mitte des Beckens stehenden Muttermund mit Hülfe des Röhrenspeculums ein Bougie No. 5 ziemlich leicht eingeschoben. Dasselbe dringt bis an den Knopf in die Schamspalte ein. Abends 6 Uhr wird dasselbe entfernt, worauf auch die wenigen Spannungen, die wärend des Tages aufgetreten waren, aufhören.

1. December. Nacht gut geschlafen, bei der Palpation entstehen sofort Contractionen des Uterus. Von Morgens 10 Uhr bis Mittags 3 Uhr wird ein Bougie Nr. 7 eingelegt. Ab und zu Wehenschmerzen. Abends steht die Kreissende auf.

2. December. Die Nachtruhe war öfters durch Wehenschmerz unterbrochen. Befinden im Uebrigen gut. Von Morgens 10 Uhr bis Mittags 4 Uhr liegt ein noch dickeres Bougie im Uterus, worauf sich stärkeres Ziehen im Kreuz einstellt. Heute

früh war der Cervicalcanal für einen Finger durchgängig. Abends 6½ Uhr ging, während Pat. im Zimmer umherspazierte, etwas Wasser ab. Bei der sofortigen Untersuchung fand sich jedoch noch etwa 1 Ctmtr. langer Scheidentheil mit geschlossenem inneren Muttermund vor. Kopf hoch vorliegend.

3. December. Der Wasserabgang dauert die Nacht hindurch, ebenso die Wehen, die allmählich an Kraft zunehmen. Scheidentheil immer noch nicht verstrichen. Kopf noch beweglich vorliegend.

Abends 9 Uhr steht der Kopf fest im Becken. Kopfgeschwulst beginnt sich zu bilden. Scheidentheil ist jetzt verstrichen. Der innere Muttermund eben bequem für einen Finger durchgängig. Das vordere Scheidengewölbe fühlt sich ödematös, teigig an. Auf Druck bleibt die Delle stehen.

4. December. Während der Nacht kein Wasserabgang mehr, aber häufige Wehen, die sehr schmerzhaft sind. Am Morgen um 8½ Uhr äusserlich derselbe Befund wie seither. Namentlich ist der Fötalpuls noch laut und von normaler Frequenz links unten zu hören. Innerlich ist noch derselbe Befund wie gestern. Der innere Muttermund ist noch nicht weiter. Links scheint die kleine Fontanelle zu stehen. Eine Naht (vermuthlich ein Schenkel der Lambdanaht?) wurde in 2. Diagonale gefühlt.

11 Uhr. Derselbe Befund. Fötalpuls 120. Erweiterung des Muttermundes noch nicht vorgeschritten.

12 Uhr Mittags findet sich am untersuchenden Finger Meconium. Abgang dauert fort. Der Muttermund kaum etwas weiter als gestern Abend. Das mit Meconium vermischte Scheidensecret hat üblen Geruch.

8 Uhr Abends. Fötalpulz erloschen. Meconium geht in grossen Mengen per vaginam ab. Der Muttermund ist in der Grösse eines 5 Groschenstücks geöffnet. Die Ränder sind weniger derb und dick.

11 Uhr Abends. Muttermund noch nicht mehr erweitert. Ränder desselben scharf. Aus der Schamspalte fliesst fort-

während eine höchst übelriechende Jauche von Fruchtwasser, Meconium und Vaginalschleim ab.

5. December. Morgens $^1/_2$9 u. 9 Uhr hatte die Kreissende Schüttelfröste mit Temperatur von 39 resp. 40° Celsius. Da der Muttermund nun circa Thalergrösse erreicht hatte und seine Ränder dehnbar waren, so sollte die Wendung auf die Füsse gemacht werden, was jedoch durch den Tiefstand des Kopfes unmöglich war. Somit blieb die Perforation des Kindsschädels mit nachfolgender Extraction am zerkleinerten Kopf als einziges Verfahren übrig.

Kurz nach 9 Uhr wurde Pat. auf den Geburtsstuhl gehoben und nach nochmaliger Untersuchung der Kiwische Trepan auf eine links von der Mittellinie liegende Partie des Schädels senkrecht aufgesetzt, während der Muttermund durch die kegelförmig zusammengelegten Fingerspitzen der rechten Hand gestützt wurde. Trotz der höchst erschwerenden Enge der Vagina sowohl, als des Muttermundes konnte die Perforation ohne Abgleiten oder Verletzung seitens des Trepans bewerkstelligt werden, worauf das Instrument durch dieselben Finger gedeckt ausgezogen wurde. Dasselbe enthielt den ausgeschnittenen Knochen nicht. Trotzdem aber war eine genügende Oeffnung im Schädeldach angelegt, sodass der eingelegte Finger einen ganz guten Angriffspunkt hatte, und andrerseits den Abfluss von Hirnmasse ganz unbehindert geschehen konnte. Ganz frei von Splitterung war übrigens die Trepanöffnung nicht. Die Splitter wurden mittelst des Fingers möglichst nach innen umgebogen. Der eingehackte behandschuhte Zeigefinger vermochte zwar den Kopf etwas mehr herabzuziehen, doch genügte dieser Zug auf die Dauer bei weitem nicht und musste daher zur Anlegung des Simpsonschen Kranioklasten geschritten werden, dessen Application wegen des beschränkten Beckenraumes zwar schwierig war, aber endlich doch in ganz befriedigender Weise so gelang, dass die beiden Branchen zwischen erstem schrägem und gradem Durchmesser lagen. Die Schliessung und ebenso die Compression mittelst der Schraube liessen das Instrument einmal abgleiten, doch war die

Lage ziemlich bald wieder corrigirt. Ein Probezug circa um 10¼ Uhr constatirte die gute Lage und nun wurde hauptsächlich während der Wehen ein stetiger kräftiger Zug ausgeübt, der unzweifelhaft ein langsames Vorrücken des Schädels zur Folge hatte. Der Muttermund erweiterte sich. Die vordere Partie desselben war sehr gespannt, dagegen die hintere mehr schlaff, sodass links hinten besonders der durch den Zug zugespitzte Kindesschädel um 12 Uhr Mittags bereits mit seiner stärksten Protuberanz in die Vagina hinabreichte. Noch zu bemerken ist, dass der intra craniell liegende Schenkel des Kranioklasten die Perforationsöffnung nicht vollends verschloss, sondern dass man neben demselben noch bequem einen Finger in den Schädelraum einführen konnte; welche Oeffnung, wie es schien, durch Weiterreissen einer Naht, sich allmählig noch vergrösserte. Der Hirnabfluss fand ständig statt, jedesmal während der Wehe und des Anziehens am Kranioklasten war er reichlicher. Mit der Zeit liess sich dann constatiren, dass ausser einem bedeutenden Stück Kopfschwarte noch etwa 2 Ctm. weit Knochen in den Branchen eingeklemmt war und dass der gefasste Knochen etwa Form und Grösse eines Stirnbeins hatte. Die an den Rändern desselbe befindlichen Nahtverbindungen hatten natürlich bei jedem ausgeübten Zug am meisten auszuhalten und lockerten sich in Folge dessen zusehends, so dass kurz nach 12 Uhr das Bedenken laut werden musste, es würde eine Ablösung des gefassten Knochens vom Gesammtschädeldach eintreten; — als auch beim nächsten Zug bereits die Trennung des eingeklemmten Knochenstücks in seinen Nahtverbindungen erfolgte. Glücklicherweise war durch einiges Knistern und Krachen dieses Evenement eingeleitet worden, der Zug mithin so sehr moderirt, dass das gefasste Knochenstück nur langsam und durchaus nicht mit Wucht die Vagina passirte und grössere Verletzungen, wie sie leicht hätten geschehen können, damit vermieden waren. Durch diesen üblen Zufall war das Ende der Geburt wieder bedeutend hinausgeschoben.

Bis jetzt war das Allgemeinbefinden der Kreissenden ein recht gutes zu nennen. Sie klagte natürlich über heftige

Schmerzen während der Wehen und des Ziehens, allein die Gesichtsfarbe war eine frische und der Puls 78—84 und kräftig. Durch die nun viel grössere Oeffnung im Schädel floss noch reichlicher Hirn ab als vorher nur der Schädel klappte etwas zusammen, so zwar dass die Oeffnung in demselben nach rechts von der Mittellinie dislocirt war.

Die etwas zackigen Ränder der Oeffnung wurden möglichst in das Schädellumen hinein umgebogen. Die Configuration des Schädels war nun, soweit er bestrichen werden konnte, — denn er trat nun wieder etwas höher — etwa folgende: Nach links zur Seite und hinten starke Convexität, die sich zu einem neuen Anlegen des Kranioklasten recht gut eignen würde; gerade noch hinten schien durch das Promontorium eine tiefe Delle (Infraction?) an dem Schädel bewirkt; über dem ziemlich in der Mitte stehenden Muttermund von Zweithalergrösse, die Oeffnung im Schädel, die sich auch noch weit nach rechts erstreckt. Rechterseits findet sich unebene, aber nicht so günstig convex geformte Schädeloberfläche. Hiernach musste entschieden werden, ob der Kranioklast von neuem anzulegen sei oder etwa ein Versuch mit dem Forceps gerechtfertigt wäre oder endlich ob der Schädel mit einer anderen, etwa entenschnabelförmigen Knochenzange am besten gefasst und extrahirt werden könnte. Die günstigste Form des Schädels nach links schien am ersten zu einer erneuten Application des Kranioklasten aufzufordern, auch schien es bei dem ersten Versuch, als ob es ganz leicht gelingen würde, doch als das Instrument geschlossen werden und die Compressionsschraube in Gang gesetzt werden sollte, glitt es ab. Auch ein zweiter Versuch die Branchen wieder zurecht zu schieben führte, da der Schädel immer höher auswich und die Oeffnung mehr und mehr nach rechts hin strebte, nicht zu erfolgreichem Resultat. Auch die zweimaligen Versuche, in die Oeffnung mit einer entenschnabelförmigen Zange hinein zu gelangen, scheiterten leider, sodass nun um 1 Uhr Mittags beschlossen wurde, um allen Betheiligten, am meisten aber der unglücklichen Kreissenden etwas Erholung zu gönnen die nächste Stunde hindurch den Effect der Wehen allein abzuwarten.

Als um zwei 2 Uhr Mittags untersucht wurde, stand der Schädel wieder etwas tiefer, als er zuletzt gestanden hatte, der Muttermund war oben weniger ausgedehnt als die Grösse eines Zweithalerstücks beträgt. Die Convexität linkerseits hatte sich noch stärker herabgesenkt, die Schädelapertur war noch mehr nach rechts dislocirt, an letzterer ein scharfer Splitter noch rechts vorn, der bereits mit einem kleinen Segment des Schädels durch den Muttermund herab in die Scheide ragt. Nach Abwägung aller Momente schien ein schonender Versuch mit einem Forceps von kleiner Kopfkrümmung am meisten zu versprechen. Die Einführung der beiden Löffel gelang, wenn auch etwas schwer. Die Schliessung erforderte viel Kraft, da die beiden Blätter der Zange sich geworfen hatten. Bei dem Probezug fühlte der am Schädel liegende controllirende Finger das Nachrücken herab ins Becken. Unter steter Controle des Fingers, der gleichzeitig die Vagina vor den scharfen Knochensplittern zu schützen hatte, wurden die Tractionen gemacht. Der verhältnissmässig immer noch enge Muttermund setzte dem Herabrücken des gut comprimirten Schädels noch viel Schwierigkeiten in den Weg. Erst nach 3 Uhr sah man in der Tiefe der Vagina die weisse Kopfhaut schimmern. Glücklicherweise war das Allgemeinbefinden der Kreissenden gut und ebenso kam die treffliche Lage der Zange, die während der langen Zeit und der vielen Tractionen nicht im geringsten abglitt, zu statten.

Kurz vor 4 Uhr trat zuerst der Schädel mit einem Segment aus der Schampalte und wurde nun langsam hervorgehebelt. Wie sich nun mehr ergab, hatten die Zangenlöffel über Gesicht (rechts) und Hinterhaupt (links) gelegen. Der verhältnissmässig grosse Durchmesser in dem der Kopf gefasst war, hatte offenbar die sichere Lage der Zange bewirkt.

Der Defect im Schädeldach gehörte dem nach hinten gelegenen linken Scheitelbein an und zwar war die an Coronal- und Temporal-Naht stossende Hälfte desselben durch den Kraniokasten abgerissen. Das Trepanloch hatte also zwischen grosser Fontanelle und der linken Ohrgegend nahe der Kranznaht gesessen. Die noch restirende Hälfte des linken Scheitelbeins war von Haut und Galea entblösst.

Der Stand des geborenen Kopfes war also der: Gesicht am rechten Schenkel der Mutter, rechtes Ohr an der Symphyse, Hinterhaupt am linken Schenkel, der Defect am Schädel nach hinten am Damm.

Da die Wehen zu schwach blieben um die Ausstossung des Rumpfes zu bewerkstelligen, so wurde durch Fassen am Hinterhaupt und Mund die Extraction gemacht.

So war nach 4 Uhr Mittags endlich das im höchsten Grade putrid stinkende Kind (ein Mädchen) zu Tage gefördert. Die Kreissende hatte bei der ganzen Geburt nur sehr wenig Blut verloren. Das placentare Ende der Frucht wurde unterbunden und sodann die faule Frucht aus dem Zimmer entfernt.

Da nach einer Viertelstunde der Credésche Handgriff sowohl, als die combinirte Methode nicht zur Geburt der Placenta führten, wurde die Kreissende bequem auf den Gebärstuhl gelagert und ihr zunächst etwas Ruhe gegönnt. Nun erst begann etwas reichlicher Blutabgang. Nichts destoweniger fand man nach einer Stunde die Placenta noch nicht in der Vagina, sie sass vielmehr, wie die Untersuchug des cavum uteri ergab an der vorderen Wand des Uterus. Die Nabelschnurinsertion wurde nur mit groser Mühe links vorn erreicht. Bei der grossen Raumbeschränkung in Folge der Beckenenge, der Schwellung der Weichtheile, sowie des stark vorspringenden Promontoriums waren Bewegungen der einzelnen Finger fast ganz unmöglich und musste man sich mit Entfernung nur eines kleinen Placentarstücks mit Nabelschnurinsertion begnügen, umsomehr als in der hinteren Vaginawand eine Ruptur bemerkt wurde, deren Vergrösserung durch weitere Manipulationen unausbleiblich schien. Der Blutabgang wurde reichlicher, aber keineswegs profus. Die Wöchnerin wurde schlaftrunken durch die bei dem letzten Lösungsversuch noch angewandte Chloroformnarkose und etwas collabirt auf ihr Bett gebracht, wo sie etwas zu frieren begann (Abends 6 Uhr).

Erbrechen trat bei der Wöchnerin nicht ein. Sie schlummerte zunächst etwas. Beim Erwachen klagte sie über Schmerzen im Leib. Der Fundus uteri stand noch 3 Finger breit über dem

Nabel, sank auch nach dem Katheterismus, welcher dunkelbraunen trüben Urin lieferte nicht um einen Finger breit herab.

Die Wöchnerin erhielt zunächst warme Milch, später Rothwein. Als gegen 10 Uhr Abend stärkerer Blutandrang eintrat, wurde eine Alauninjection gemacht mit gutem Erfolg. Während der Nacht viel Durst, Schmerzen im Leib, fortwährender mässiger Blutabgang. Man sah öfters an der Schamspalte Gasblasen entstehen und hörte Gase aus Uterus und Vagina während der Uterus-Contractionen entweichen. Um 4 Uhr Nachts Katheterismus, da Pat. über starken Brand im Leib klagte. Trüber stinkender Urin: Pat. trank sehr viel Wasser mit Himbeeressig während der Nacht.

6. December. Hautfarbe leicht icterisch. Abwechselnd kühle und heisse Hauttemperatur. Zuweilen Ausbrüche von klebrigem Schweiss. Es gehen noch immer höchst putrid riechende Gase und Blutcoagula aus der Vagina ab. Klage über brennende Schmerzen im Leib. Zwischen 4—5 Uhr Mittags leichter Schüttelfrost, wobei das Gesicht stark cyanotisch wird. Auf Glühwein erholt sie sich bald wieder. Sie klagt dann viel über Hitze und wirft sich viel im Bett umher. Steter Schweissausbruch. In den späteren Abendstunden ist sie ruhiger und schlummert ein. Der Puls ist äusserst wechselnd an Fülle, die Frequenz zwischen 120 und 140 Schläge in der Minute.

7. December. Die Nacht verlief ruhig. Pat. schlummerte fast fortwährend. In den Pausen nahm sie Wein oder Wasser mit Lust zu sich. Der Abgang von pechschwarzen Blutcoagulis in mässigen Quantitäten dauert noch an. Am Morgen ist das Aussehen etwas blasser, aber anscheinend weniger icterisch. Pat. nimmt die dargebotene Milch und Bouillon jederzeit gern ab. Am Mittag geht der Pat. mehrmals der Urin in's Bett ehe sie nur ein Gefühl davon hat. Dasselbe geschieht auch am Abend noch, obschon alle ¾ Stunden bei dem Katheterismus ganz leidliche Mengen klaren Urins entleert werden. Durch diesen Urin- und Jauche-Abgang wurde Abends 9 Uhr eine vollständige Umbettung und Reinigung der Pat. nöthig, worauf sie im neuen Lager sofort einschlief. Der Puls ist voll und kräftig.

8. December. Während der Nacht keinerlei besondere Störung. Fast andauernder Schlummer. Urin mehrfach ins Bett entleert trotz stündlichem Katheterismus. Pat. nimmt Wein, Milch und Bouillon ab ohne zu erbrechen. Um 12 Uhr Mittags wird beim Urin abnehmen bemerkt dass die Placenta bereits in der Grösse einer Faust aus der Schamspalte hervorhängt. Dieselbe ist ganz schwarz, die Eihäute schwarzgrün und verbreiten diese Gebilde einen ganz bestialischen Gestank. Durch leichtes Anziehen wird der noch in der Vagina befindliche Theil in Zusammenhang mit dem schon ausgestossenen entfernt unter Stützung des Fundus utri. Nebenbei wird Jauche entleert, in der fortwährend Luftblasen aufsteigen. Gleich darauf wird eine lauwarme Injection mit Kali hypermanganicum gemacht. Am Mittag um 2 Uhr hat Pat. starken Frost, der sich nach Genuss von Wein wieder verliert, doch scheint sie etwas collabirt darnach. Da der Leib aufgetrieben scheint wird ein Klysma gegeben, worauf auch sehr bald ein normaler Stuhl sammt einem Ascaris lumbricoides in's Bett entleert wurde. Gegen Abend zuweilen grössere Respirationsfrequenz angeblich wegen Schmerzen im Abdomen, das jedoch nicht besonders aufgetrieben ist. Pat. nimmt Alles dargereichte gern ab. Immerfort Abgang schwarzrother Jauche. Hautfarbe blassgelblich. Pulsfrequenz wechselnd, ebenso die Fülle des Pulses.

9. December. Während der Nacht meist ruhig dagelegen mit geschlossenen Augen, zuweilen auch die Beine zum Bett hinausgeworfen. Gegen Morgen mehr Unruhe. Heute früh ist noch stärkerer Collaps da, als gestern. Pat. liegt mit offenem Mund da, der überall fuliginösen Belag hat. Das Abdomen ist auf Druck sehr empfindlich, aber nicht aufgetrieben. Gegen Morgen war noch ein Stuhl in's Bett gegangen. Abgang aus der Vagina von derselben Beschaffenheit wie seither, aber in geringerer Menge und ohne Coagula. Pat. nimmt nur noch Wein ab, das Uebrige verschmäht sie. Auf Anreden giebt Pat. am Nachmittag nur mehr unverständliche Antworten, die sie mehrmals hinter einander wiederholt. Von 6 Uhr Abends ab ist Pat. soporös und schluckt schwer, die Respiration ist

stertorös. Auch auf lautes Zurufen reagirt Pat. nicht mehr. Abends 10 Uhr ist der Puls kaum noch fühlbar und unregelmässig. Die Gesichtszüge sind sehr verfallen. Es wird jetzt vom linken Arm eine habe Spritze (von 1 Grm. Gehalt) Aether subcutar injicirt. Beim Injiciren stöht Pat. etwas. Nach 20 Minuten, während deren, auch bei stetiger Beobachtung der Puls nicht voller gefunden wurde, rochen die drei im Zimmer anwesenden Personen Aetherdunst in der Exhalationsluft der Patientin. Da wohl wegen Kleinheit der Dosis die Wirkung ausblieb, wurde um 10¼ Uhr an der Innenfläche des rechten Oberarms eine volle Pravaz'sche Spritze Aether injicirt. Die Wirkung davon war dass die kühlen Oberextremitäten bedeutend wärmer wurden, besonders die rechte. Ferner rötheten sich die bisher ganz blassen Wangen etwas unter Wärmezunahme. Der Puls (130—140 Schläge) war nach circa 5 Minuten um ein weniges voller geworden, sodass er wenigstens mit Leichtigkeit zu zählen war. Durch lautes Zurufen war Pat. auch dahin zu bringen etwas Rothwein mit Wasser zu schlucken. Diese, wenn auch nicht eclatante Aetherwirkung war jedoch um 11½ Uhr Nachts bereits verraucht. Es schien als ob der Tod jeden Augenblick eintreten müsste. Mit geringer Hoffnung auf Wirkung wurde nochmals eine Spritze voll Aether, diesmal in die Bauchdecken zwischen Brustbein und Nabel injicirt. Während der Injection Stöhnen der Pat. Ausser Röthung der Wangen und leichten Hebung des Pulses war keine Wirkung zu spüren. Pat. liess während der Nacht mehrfach Urin und Koth ins Bett laufen und lag laut schnarchend athmet die ganze Nacht hindurch ruhig da.

10. December. Am Morgen um 8 Uhr musste man sie schon moribund nennen. Ein letzter Versuch mit einer Spritze voll Aether in die Bauchdecken wurde gemacht, wie vorauszusehen war ohne auch nur die geringste Reaction.

Unter zunehmendem Collaps verschied die Pat. ruhig um 11 Uhr Vormittags ohne weitere Agona.

Section.
am 11. December Vormittags 12 Uhr.
25 Stunden post mortum.

Hochgradige Leichenstarre. Gut ernährter Körper. Wenig Livores. Mammae, stark entwickelt. Panniculus adiposus ziemlich stark.

Bauchhöhle. Leber hoch hinaufgedrängt. Omentum fetthaltig. Darm blass. Kein Erguss in die Bauchhöhle. Der Uterus ragt 15 Ctm. hoch mit seinem Fundus über die Symphyse empor, hat blasse Oberfläche und nirgends eine Spur von Injection. Er ist länglich, aber seitlich abgeplattet, nach oben fast spitzrandig. Auch an den Ovarien grosse Blässe. Im Douglas'schen Raum kein Exsudat, aber eine leichte Sugillation im Bindegewebe vor dem Promontorium. Blase leer. Bei der Herausnahme des Uterus drängt sich aus demselben hervor ein Blutcoagulum, welches einen etwa hühnereigrossen Placentarest umschliesst. Das Coagulum ist fast schwarz und gut zu schneiden. Die Placentareste bieten wenig Erscheinungen von Zersetzung dar.

Die stark contrahirte Blase zeigt auf der Innenfläche Condylome (Papillome?), die sich in reichlicher Menge auf der Oberfläche der Schleimhaut bis in den Blasenhals hinein vorfinden. Die Schleimhaut erscheint stellenweise missfarbig und fast wie diphtheritisch.

Die Vaginalschleimhaut ist von schmierigen bräunlichen Blutgerinseln bedeckt, vielfach ihres Epithels beraubt und wie marcerirt, doch sehr blass. In Sonderheit finden sich keine perforirenden Substanzverluste vor.

Portio vaginalis weich, wulstig, zerrissen, doch sind nicht mehr Einrisse vorhanden, als sonst bei einer Geburt zu geschehen pflegen. In ihrem Gewebe keine weiteren Veränderungen, besonders fehlen thrombotische oder eitrige Processe.

Die Innenfläche des Uterus, dessen Höhle eine Länge von 16 Ctm. hat, ist von derselben schmierigen braunen, aus Blutcoagulis hervorgegangenen Masse bedeckt. In der Mitte der rechten hinteren Wand befinden sich beträchtliche Placenta-

reste mit zerrissener Oberfläche. Nach Abstreifung der Pigmentmassen erscheint die Schleimhaut nussfarbig graugrün und lässt sich wie eine diphtheritische Membran abkratzen. Die Muscularis ist blass. Auch auf dem Durchschnitt sind nur wenig Gefässe sichtbar. Dicke der Muscularis 10—15—22 Millimeter. In einzelnen Uteringefässen sind Thromben, jedoch ohne alle Zersetzungserscheinungen.

Auch an der Insection der Tuben bietet die Substanz keine Eiterheerde oder entzündliche Erscheinungen dar.

Die Placenta materna und ebenso die fötalen Reste stehen in sehr festem Zusammenhang mit der Uterinsubstanz, so dass die Grenzen beider sehr schwer, selbst auf Durchschnitten zu bestimmen ist.

Beckendurchmesser nach Herausnahme des Uterus:

Querer des Beckeneingangs		11,5	Ctm.
Gerader	»	8,1	»
I. Diagonale	»	11,0	»
II. Diagonale	»		

Lunge bis auf leichtes Emphysem und wenige alte Adhaesionen normal. Keine Schwellung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen.

Herz. Blasse Muscularis. Viel Fettauflagerung und Verfettung des Endocardiums.

Milz normal. Leber gross, von guter Consistenz. Acini schwer sichtbar.

Nieren. Rechte bis auf Hyperamie an der Basis der Pyramiden normal. Linke in den oberen zwei Drittheilen sehr weich und schlaff, daselbst von hirsekorngrossen Körnchen besetzt, die makroskopisch wie kleine Eiterheerde aussehen und die ganze Corticalis durchsetzen. Die Pyramiden äusserst hyperämisch, besonders an der Basis. In dem unteren Drittel der Niere nur einzelne heerdweise gruppirte Körnchen derselben Art.

Fünfter Fall.

(J. No. 5775.

Frau R., 36 Jahre alt, eine mittelgrosse Blondine, hat im 2. Jahre das Laufen gelernt. Von Rachitis weiss sie nichts bestimmtes anzugeben. Die übrigen Geschwister haben früher laufen gelernt. Zwei verheirathete Schwestern haben 5 resp. 3 Kinder leicht geboren. In ihrem 18. Jahr wurde Frau R. zum ersten Male und von da an regelmässig alle 4 Wochen menstruirt. Die Dauer der Menstruation war 3—4 Tage. Frau R. hat bereit drei Mal geboren. Zum ersten Mal wurde sie im Herbst 1870 mit der Zange entbunden. Das Kind soll zwischen 7 und 8 Pfund gewogen haben. Am 8. April 1872 erfolgte die zweite Niederkunft, welche 24 Stunden nach dem Blasensprung durch Perforation beendigt wurde. Bei der dritten Niederkunft wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Das Kind starb während der Geburt. In allen drei Wochenbetten hat sie sich gut befunden.

Jetzt giebt die Schwangere als Datum der letzten Menstruation den 5. April 1874 an. Die ersten Kindsbewegungen will sie am 5. September links zur Seite gespürt haben.

Status am 30. November 1874.

Aeussere Untersuchung: Leib mässig ausgedehnt, von kuglicher Form, kein Hängebauch. Fundus knapp drei Finger breit über dem Nabel. Wandungen schlaff. Wenig Fruchtwasser. Frucht in I. Diagonale, mehr nach der horizontalen, als normal. Fötalpuls links unten. Bauch nach rechts und unten. Kopf über dem linken Schambein, nicht sehr hoch und nicht sehr beweglich.

Innere Untersuchung: Die Labien geschwollen. Scheide sehr weit. Scheidentheil steht ganz rechts, ist kurz und unregelmässig. Der äussere Muttermund lässt oben die Fingerspitze eingehen. Kopf liegt hoch über dem Becken ballotirend.

Wegen Kleinheit der Frucht und Unbeständigkeit der Lage derselben soll mit der künstlichen Einleitung der Frühgeburt noch etwas gewartet werden.

Die Beckenmessung ergab:

Spin. 27,4
Crist. 28,7
Baud 18,4.

17. December: Frau R. wurde in letzter Zeit wiederholt untersucht. Die Frucht erwies sich sehr mobil, wurde aber durch Aufbinden des Leibes für gewöhnlich in Gradlage gehalten. Der Kopf ist beweglich, äusserlich über dem Becken fühlbar. Kopfsteisslänge heute 21,5 Ctm. (am 30. November 20 Ctm., am 8. December 20,5 Ctr.).

21. December: Wiederholte Untersuchungen hatten bisher das Resultat ergeben, dass die Frucht noch klein war, kleiner, als nach der Zeitrechnung der Schwangeren erwartet werden musste, und von der Einleitung der Frühgeburt war deshalb bisher Abstand genommen. Bei einer heute vorgenommenen Exploration dagegen erwies sich der Cervicalcanal für den Finger permeabel und über dem inneren Muttermund war der Schädel mit schmalen Näthen und ziemlich festen Knochen fühlbar. Ueber dem sehr mobilen Kopf rechts hinten eine Extremität. Alles erwogen, konnte man jetzt eine 35wöchige Schwangerschaftsdauer annehmen und beschloss, mit den die Geburt einleitenden Schritten zu beginnen.

Morgens 11 Uhr ein Bougie in den Uterus eingeführt. Die Einführung war schwierig, weil der Muttermund rechts weit vorn stand. Eine halbe Stunde nachher leichte Spannungen. Abends 6 Uhr wurde das Bougie entfernt, worauf die Zusammenziehungen nachliessen und die Frau aufstand.

22. December: Morgens 9 Uhr Bougie wieder eingeführt. Die letzte Nacht war ruhig verlaufen. Der Cervicalcanal ist kürzer und der innere Muttermund lässt bequem den Finger durch. Kopf vorliegend wie früher. 9¼ Uhr erfolgt Wasserabfluss, worauf das Bougie entfernt wird. Um den Abfluss nicht zu vermehren, wird zunächst nicht explorirt. Aeusserlich: Herzschlag rechts unten. Bewegungen kräftig. Die Mittags 12 Uhr vorgenommene Untersuchung ergiebt mässigen

Wasserabgang. Die Eihäute noch über dem Kopf. Wehen haben sich bisher nicht eingestellt.

Nachmittags 2½ Uhr. Noch keine Contractionen bei fortwährendem schleichenden Wasserabgang. Colpeurynter eingeführt.

23. December: Der Colpeurynter blieb gestern bis 8 Uhr Abends liegen, wirkte aber nur wenig auf die Wehen. Die Nacht ist ziemlich ruhig verlaufen. Wasser wenig abgegangen. Heute Morgen ist der Uterus schmal, contrahirt sich selten. Fötalpuls gut. Innerlich: Muttermund wie gestern. Noch Cervicalcanal da. Nachmittags 3 Uhr 3 Dosen secale à 0,8 in ein viertelstündlichen Zwischenräumen ohne Wirkung. Abends 7 Uhr Uterus schmal. Seltene und schwache Wehen. Fötalpuls gut. Muttermund lässt die Fingerspitze durch, wie früher, die Ränder sind jedoch etwas weicher. Kopf lose auf dem Beckeneingang. Rechts eine Naht, wahrscheinlich Lambdanaht. Ueber dem Kopf noch Eihäute. Pfeilnaht scheint weit hinten zu stehen. Allgemeinbefinden der Kreissenden gut.

24. December: In letzter Nacht stärkere Wehen aufgetreten. Nachts 2¾ Uhr ist der Fötalpuls nicht mehr gehört, die Kreissende von einem lang dauernden Schüttelfrost befallen, das abgehende Secret hat übeln Geruch angenommen. Der Muttermund dabei nur 1 Ctm. weit.

Morgens 9 Uhr ist der Muttermund verstrichen, die Wehen mässig stark. Der Kopf steht mit einem Segment auf auf dem Beckeneingang, aber noch lose. Allgemeinbefinden der Kreissenden gut. Puls 90. Abgehendes Secret sehr übelriechend. Es wurde nun Perforation beschlossen. Ein zweimaliger Versuch ergab indess, dass der Schädel auswich, sobald die Trepankrone auf den Knochen zu wirken begann und auch äusserliche Compression vermochte den Kopf nicht hinreichend zu fixiren, so dass das Instrument mit Sicherheit hätte geführt werden können. Es wurde daher der vorliegende Knochen mit der Smellie'schen Schere angebohrt und beschlossen, eine bessere Fixation des Schädels zur Wiederholung der Perforation abzuwarten. Nach ½ Stunde ergab die Untersuchung, dass eine

weitere Eröffnung des Schädels unnöthig war. Durch Abfluss des Blutes aus dem Kopf, war das Volumen desselben bereits so verringert, dass die Schädelknochen sich stark übereinander schoben und die Wehen nunmehr besser einwirkten. Nach weiterem Zuwarten von ¼ Stunde wurde durch Anlegung der Zange mit 2 leichten Tractionen die Geburt des Kopfes beendigt. Auf dem linken Scheitel- und Stirnbein waren die Spuren des Perforatoriums, in der Mitte dieses Kopfdrehung nach 2. Schädellage. An dem Fruchtkörper war die Epidermis stellenweise abgelöst. Der Geruch sehr putrid. Die Placenta folgte nach ¼ Stunde auf den Crede'schen Handgriff. Der Uterus war gut contrahirt, der Puls der Entbundenen 90. Um den Hals fand sich eine dreimalige straffe Umschlingung der sehr langen Nabelschnur. Schon am Nachmittag nach der Geburt ist das Zimmer von dem putriden Geruch der Lochien erfüllt. Nichtsdestoweniger ist das Befinden der Entbundenen recht befriedigend. Der Blutabgang ist nur mässig. Weder Frost noch Hitze hat sich eingestellt. Der Leib ist weder spontan, noch bei der Palpation schmerzhaft. Der Uterus ist weich, steht 6—7 Finger breit über der Symphyse.

25. December. Die Entbundene hat ohne Opiat. recht gut geschlafen. Im Lauf des Tages zuweilen schmerzhafte Contractionen des noch grossen und weichen Uterus. Sonst Befinden gut. Lochien noch mit starkem Geruch.

29. December. Trotz des aashaft stinkenden Lochialflusses erleidet das Allgemeinbefinden keinerlei Störung. Der sehr spärliche Abgang ist von fast schwarzbrauner Farbe. Der Leib nicht aufgetrieben, nicht empfindlich. Fundus uteri noch fast handbreit über der Symphyse. Appetit sehr gut. Stuhl regelmässig,

6. Januar 1875. Nachdem auch der übrige Theil des Wochenbetts ohne subjective Beschwerden für die Entbundene verlaufen ist, und dieselbe sich hinreichend erholt hat, verlässt sie morgenfrüh die Anstalt

Sechster Fall.

(J. No. 5825).

Frau J., 38 Jahre alt, eine kleine schmächtige Brünette, lernte mit 1 Jahr gehen, wurde dann rachitisch, verlernte das Gehen wieder und fing erst mit dem 5. Jahre wieder an. Sie hat bereits 5 mal geboren. Die 3 ersten Geburten sind rechtzeitig erfolgt und alle drei durch Perforation beendigt. Es soll alle drei mal Schädellage und die Kinder sehr gross gewesen sein. Die beiden letzten Male wurde bei Frau J. in der hiesigen Klinik im October 1869 und Juni 1875 die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Beide Male sind lebende Kinder erzielt. Die Wehen waren immer kräftig. Die Wochenbetten sind leicht verlaufen. Die beiden früher hier geborenen Kinder gedeihen vortrefflich.

Frau J. hat sich seit der letzten Entlassung von hier (28. Juli 1873) gut befunden. Sie bekam nach 1-jährigem Stillen des Kindes die Menstruation wieder bis zum 7. August letzten Jahres. Am 21. August 74 nahm sie das Reinigungsbad (sie ist Jüdin), worauf im September die Regel ausblieb. Die ersten Kindsbewegungen hat sie kurz nach Neujahr gespürt.

Status am 15. April 1875:

Aeussere Untersuchung: Leib hängt wenig vornüber. Durch Binde gestützt. Uterus mässig ausgedehnt, ist etwas nach rechts abgewichen, hat dünne aber gespannte Wandungen. Fundus 5 Finger breit über dem Nabel. Frucht in der ersten Diagonale. Der Kopf ballotirt über dem linken Schambein. Kopfsteisslänge nach Ahlfeld ergiebt 21,6 Ctmtr. Kleine Theile sind rechts oben. Fötalpuls links unten. Innere Untersuchung: Scheidentheil rechts hinten, weich, $1\frac{1}{2}$ Ctmtr. lang. Muttermund nimmt das erste Fingerlied auf. Auf dem Beckeneingang baltolirt der Kopf, der sich hart anfühlt, aber noch kein Missverhältniss zum Becken aufzuweissen scheint.

Die Beckenmessung ergab:

Spin.	25,0
Crist.	26,4
Band.	16,3
Conj. diag.	9,2

Das Promontorium steht tief. Die Seitenwände sind leicht bestreichbar.

21. April 1875. Nach den Angaben der Frau J., sowie auch nach dem Untersuchungsbefund schien dieser Tage die 34. Schwangerschaftswoche zu Ende zu gehen, und wurde desshalb mit den Vorbereitungen zur künstlichen Frühgeburt begonnen. Zunächst erschien es wünschenswerth, den Cervicalcanal etwas weiter zu eröffnen und wurden zu dem Behuf warme Injectionen von 30° R. gemacht, vom 19. Abends bis heute Abend 9 mal. Schon gestern Abend zeigten sich hierauf öfters Contractionen. Die letzte Nacht verging in unruhigem Schlaf und heute Morgen zeigte sich der Muttermund weiter klaffend als früher, der Saum des äusseren Muttermundes etwas gespannt. Kopf ballotirt über dem Becken, hat aber die Tendenz nach links und vorn abzuweichen.

23. April. Gestern und heute alle 2 Stunden eine Injection heute Morgen zeigt sich der Cervicalcanal für einen Finger durchgängig.

26. April. Bisher wurden die Injectionen ohne nennenswerthe Wirkung fortgesetzt. Heute wurde ein Bougie eingelegt und Abends wieder herausgenommen.

Am 27. April wiederholt. Darauf häufigere Contractionen. Mittags 2 Uhr. Die Bougie hat bis jetzt 16 Stunden gelegen (davon heute 5 Stunden) die Wehen sind häufig und stark. Der Cervicalcanal kurz. Man kommt auf die Eiblase und den vorliegenden Schädel. Das Bougie wird noch einmal eingeführt, und nach 1stündigem Liegen von selbst ausgestossen.

28. April. Letzte Nacht häufige Wehen. Die Kreissende hat gebrochen, zeigt etwas beschleunigten Puls. Wehen häufig Muttermund 1 Ctmtr. gross, aber dickrandig. Ueber demselben mehrere lebhaft pulsirende Nabelschnurschlingen. Kopf fest-

stehend. Nachmittags 5 Uhr. Allgemeinbefinden besser. Nabelschnur nicht mehr fühlbar.

29. April. Muttermund nur wenig mehr erweitert. Derselbe ist quergespannt, 2,5 Ctmtr. breit, 1 Ctmtr. von vorn nach hinten, hat weiche Ränder. Die Eiblase treicb sich ein wenig in denseben hinein. Es fliesst etwas Wasser ab (hoher Blasensprung) Kopf vorn über der Schoossfuge.

9¾ Uhr springt die Blase über dem Muttermund, dabei fällt ein grosses Nabelschnurpaoket in dia Soheide hinab. Dasselbe pulsirt lebhaft. Der Kopf drückt bei stärker werdenden Wehen auf den Beckeneingang Die kleine Fontanelle links. Das hintere Scheitelbein auf dem Becken. Da die Nabelschnur bei der bestehenden Kopfstellung voraussichtlich unreponirbar war, und bei fortbestehender Schädellage die Geburt wahrscheinlich noch längere Zeit gedauert hätte was bei dem Allgemeinbefinden der Kreisenden misslich gewesen wäre, wurde Wendung gemacht. Als der Steiss auf den Muttermund gebracht war, wurde das Chloroform entfernt. Es folgten nun mässige Wehen, die unter ganz leichter Nachhülfe bis Mittag 12 Uhr das Kind austrieben. Das Kind war im wasserleeren Uterus bei den Umdrehungsversuchen abgestorben. Nach dem Herabziehen der Beine pulsirte die Nabelschnur nicht mehr. Der Rücken der Frucht drehte sich bei der Extraction anfänglich nach links, dann nach hinten und zuletzt nach rechts. Die Placenta folgte ohne Nachhülfe vollständig. Der Uterus contrahirte sich befriedigend, war aber, wie seine Umgebung schmerzhaft auf Druck. Blutverlust bei der Operation mässig. Die Entbundene hat einen Puls von 112 als sie in's Bett gebracht wird, sieht aber nicht so elend aus, wie heute morgen.

30. April. Leib stark tympanitisch aufgetrieben. Exsudat nirgends nachweisbar. Ausserordentliche Schmerzhaftigkeit linkerseits. Controle über Stand und Contraction des Uterus. nicht möglich. Allgemeinbefinden der Wächnerin relativ befriedigend.

1. Mai. Status wie gestern. Es wird Bepinselnng des Leibes mit Collodium vorgenommen. Klagen über heftige Schmerzen am rechten

Knie. Wöchnerin kann das rechte Bein nicht bewegen, und machen ihr Versuche dazu die heftigsten Schmerzen.

2. Mai. Wiederholte Bepinselung mit Collodium.

4. Mai. Die Auftreibung des Leibes ist fast vollständig geschwunden. Derselbe fühlt sich nunmehr weich an. Schmerzhaftigkeit bei Druck nicht mehr vorhanden. Schmerzen im rechten Bein vollständig geschwunden.

7. Mai. Seit gestern Klagen über Drang zum Harnlassen. Leichte Schmerzen während des Abfliessens desselben.

17. Heute gesund entlassen.

Siebenter Fall.

(J. No. 5876).

Frau H., 33 Jahr alt, 142 Ctmtr. gross, von derbem Knochenbau, will das Laufen früh gelernt haben. Die erste Menstruation stellte sich in ihrem 17. Jahr ein und von da an regelmässig alle vier Wochen mit spärlichem Blutabgang bei 1—2 tägiger Dauer. Sie hat bereits 2 mal geboren. Die erste Geburt im Jahr 1870, (Zangengeburt), ergab ein kräftiges, aber todtes Kind. Im Jahr 1873 wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet im 8. Monat. Sie ergab nach Wendung und Extraction ein lebendes Mädchen, das aber nach 2 Tagen starb. Die letzte Menstruation will die Schwangere am 9. Februar 1875 gehabt haben, die ersten Kindsbewegungen spürte sie kurz vor dem 22. Juni rechts oben.

Status am 17. September 1875.

Aeussere Untersuchung: Kein Hängebauch. Fundus 3 Finger breit über dem Nabel. Wandungen dünn, ziemlich viel Fruchtwasser. Frucht sehr mobil, in erster Diagonale. Becken rechts. Fötalpuls rechts unten. Kopf am linken Schambein, jedoch nicht besonders hoch. Kopfsteisslänge nach Ahlfeld 23,2 Ctmtr.

Innere Untersuchung: Scheidentheil hoch, stark zerklüftet lässt den Finger bis zum inneren orificium ein. Kopf ist mobil

über dem Becken. Missverhältniss zwischen Kopf und Becken scheint noch nicht da zu sein.

Die muthmassliche Schwangerschaftszeit ist 31.—32. Woche. Mit der künstlichen Frühgeburt soll wenigstens noch 14 Tage gewartet werden.

Status am 5. October.

Aeussere Untersuchung: Fundus gut 4 Finger breit über dem Nabel. Uterus schmal. Frucht in erster Diagonale. Bauch nach rechts. Fötalpuls links unten am deutlichsten zu hören. Kopfsteisslänge 22,0 Ctmtr.

Innere Untersuchung: Cervicalcanal oben noch geschlossen. Ein grösserer Theil, wahrcheinlich Kopf, hoch über dem Becken.

Die Beckenmessung ergab:

Spin.	26,5
Crist.	29,5
Band.	17 2
Conj. diag.	10,0

Das Kreuz ist stark eingezogen. Promontorium tiefstehend, mässig stumpf. Die Tibia, besonders linkerseits, einwärts gebogen.

5. October. Abends erhielt die Schwangere eine lauwarme Injection mit der grossen Douche.

6. October. 3 Injectionen mit je 2 grossen Douchen. Wasser von 32° R.

9. October. Die dreimal täglich wiederholte warme Douche hat noch keine Wehen zu Stande gebracht. Sie wird heute zweistündlich applicirt. Die Kindeslage ist wechselnd. Meist liegt der Kopf vor, oder ist doch leicht herabzudrängen.

13. October. Bis heute Abend wurde täglich die warme Douche zweistündlich angewandt. Es treten wohl Spannungen des Uterus und Kreuzschmerzen darnach in Absätzen auf, auch wurde bedeutende Erweichung des Scheidentheils damit erzielt jedoch gelang es nicht, kräftige Wehenthätigkeit dadurch hervorzurufen.

14. October: Morgens 9 Uhr ein Bougie unter Zuhülfenahme des Speculums in den Uterus geschoben. Dasselbe drang hoch hinauf und bald nachher zeigte sich etwas Blutabgang. Wehen bis Mittags noch selten, alle 10 Minuten, jede einzelne jedoch nicht unkräftig. Mittags 1 Uhr wurde ein derberes Bougie eingeführt, das ebenfalls hoch hinaufdrang.

15. October. Bougie gestern gegen Abend herausgenommen und eine warme Injection gemacht. Darauf lassen die Wehen nach und die Nacht verläuft ungestört. Heute Morgen wieder leichte Contractionen und dabei Wasserabfluss. Bis 9 Uhr zeigt sich schon eine grössere Wassermenge abgeflossen. Frucht zwischen II Diagonale und horizontaler Lage. Rechts seitlich vom Becken ein grösserer Theil. Der innere Muttermund lässt eben den Finger durch. Man fühlt einen sich bewegenden kleinen Theil. Die Frucht wird herumgeschoben, so, dass der grössere Theil rechts auf's Becken kommt. Der Kreissenden wird die rechte Seitenlage gegeben und ihr eine Binde fest umgelegt. Der Uterus beginnt sich kräftiger zu contrahiren.

10¾ Uhr. In der rechten Seitenlage keine Spannungen mehr. Fruchtwasserabfluss dauert fort. Fötalpuls links unten von guter Frequenz und Stärke. Innerlich Becken noch leer. Muttermund noch nicht weiter eröffnet. Rechte Seitenlage wird beibehalten.

12¼ Uhr. Immer noch Abgang von Fruchtwasser. Aeusserlich rechts noch der grosse Theil über dem Becken zu fühlen. Fötalpuls laut; 150 Schläge in der Minute.

5 Uhr Nachmittags. Langsames Absickern des Fruchtwassers. Höchst selten schwache Spannungen. Fötalpuls 136. Keine Fortschritte in der Eröffnung des Muttermundes. Der vorliegende Theil verharrt trotz rechter Seitenlage in seiner hohen Stellung rechts über dem Beckeneingang.

7 Uhr Abends wird versuchsweise der Colpeurynter in die Vagina eingelegt. Derselbe hindert zwar den ferneren Verlust von Fruchtwasser, ruft jedoch keine kräftigeren Spannungen hervor. 9¼ Uhr. Der Colpeurynter wird entfernt. Hinter demselben ergiesst sich nur ganz wenig Wasser aus der Scheide

Im Uterus, der jetzt eine ziemlich schmale Gestalt angenommen hat, ist immer noch genügend Wasser vorhanden. Fötalpuls noch wie am Mittag. Er wird sowohl links als rechts überall wahrgenommen, am besten, wie es scheint, rechts oben, wonach eine zweite Steisslage anzunehmen wäre.

16. October. Die Nacht verging ohne Wehen, aber auch ohne Schlaf. Heute während des Tags fehlen selbst die Spannungen fast vollständig. Fruchtwasserabgang sistirt. Fötalpuls von guter Frequenz. Der Muttermund ist mehr erweicht. Man fühlt neben einem grösseren Theil (Steiss?) kleine sich nicht auf Kitzeln bewegende Theile, noch überzogen von den Eihäuten. Am Abend eine Dosis Extract. opii aquos. 0,06.

17. October. Morgens 3 Uhr. Seit Mitternacht stellen sich schwache Wehen ein, die seit wenigen Minuten sich sehr verstärkt haben und so rasch auf einander folgen, dass fast eine tetanische Contraction des Uterus resultirt. Aeusserlich Fötalpuls nicht wahrnehmbar. Muttermund über thalergross mit dehnbaren Rändern. In ihm hängt eine pulslose Nabelschnurschlinge. Dicht über ihm beide Füsse mit nach hinten links gerichteten Fersen. Nach rechts und höher auf dem Beckeneingang ein Segment des Schädels, an dem nur eine quer verlaufende Naht zu erkennen ist.

$3\frac{3}{4}$ Uhr wird in leichter Chloroformnarkose bei linker Seitenlage der Kreissenden ein schonender Wendungsversuch auf den linken Fuss gemacht, nachdem durch die vorhergegangenen Wehen der Muttermund dem Vorstreichen sehr nahe gebracht war. Es gelang zwar den Fuss bis tief in die Vagina herabzuziehen, doch presst die nächste Wehe sofort wieder den Schädel auf den Beckeneingang, so dass von weiteren Wendungsversuchen Abstand genommen wurde. Ziemlich in der Mitte des Beckeneingangs fühlt man nun am Schädel die grosse Fontanelle. Die Pfeilnaht verläuft im queren Durchmesser. Die Wehenthätigkeit lässt jetzt nach.

Um 6 Uhr erwacht die Wehenthätigkeit von neuem, doch steht der Schädel und die kleinen Theile um 8 Uhr nach vielen

kräftigen Wehen noch in derselben Stellung wie Morgens um 4 Uhr.

Da der Mastdarm stark mit Fäcalmassen angefüllt ist, wird ein Klysma gegeben, worauf alsbald reichliche Defäcation und Urinentleerung erfolgt.

Da in den letzten Stunden bei günstigen Wehen ein Fortschritt der Geburt absolut fehlte, so musste ernstlich erwogen werden, ob ein passives Verhalten fernerhin noch gerechtfertigt sein konnte. In Erwägung des Umstandes, dass die Kräfte der Kreissenden, die schon mehrere Nächte hindurch nicht geruht hatte, entschieden abnahmen, schien es gerathen, bei etwas tieferer Chloroformnarkose und bequemeren Lagerung nochmals die Wendung auf die Füsse zu versuchen.

Um 9 Uhr Vormittags wurde die Kreissende auf den Geburtsstuhl gebracht, bis zu völliger Erschlaffung chloroformirt und dann mit der rechten Hand in Rückenlage der Kreissenden eingegangen. In der vagina lag jetzt ein grosses Paquet ziemlich verfärbter Nabelschnur. Beide Füsse wurden nun gefasst und während dreier Wehen jedesmal versucht, die Füsse herabzuziehen. Dieselben gaben zwar soweit nach, dass sie beinahe in der Schamspalte sichtbar wurden, doch blieb der Kopf noch immer auf dem Becken liegen. Es wurden nun beide Füsse einzeln umgeschlungen, was ohne Schwierigkeit gelang, die Schlingen mit der linken Hand angezogen, während die rechte beide Füsse noch über den Knöcheln lege artis anzog. Gleichzeitig wurde die Frucht äusserlich herumgeschoben, und nun folgten bei dem ersten Zug die Füsse vor die Genitalien und der Kopf erhob sich langsam in den Fundus. Der Kraftaufwand war dabei kein bedeutend grösserer gewesen als bei den früheren Versuchen. Die Schlingen wurden von den Füssen abgenommen und die übrige Austreibung des Rumpfes den Wehen überlassen, deren 6 genügten die Geburt zu vollenden. Der Rücken der Frucht stand dabei stets nach links, anfangs nach hinten, später nach vorn. An der linken Bauchseite der Frucht und den beiden Unterschenkeln fand sich livide Färbung der Haut. Die Frucht ist zwar schlaff, stark mit vernix caseosa bedeckt, doch

nirgends Beginn der Maceration. Die an der Symphyse stehende linke Schulter wurde sammt Arm zuerst geboren, dann folgte die rechte. Zum Schluss schleuderte eine Wehe den Kopf sammt Placenta und vollständigen Eihäuten hervor. Gering fötider Geruch der Frucht ist nicht zu verkennen. Nabelschnurinsertion central. Placenta klein. Eihautriss marginal. Um den Hals der Frucht fand sich noch einmalige Nabelschnurumschlingung. Nachfolgender Blutverlust sehr gering. Gute Contraction des Uterus. Ende der Geburt $9\frac{1}{2}$ Uhr. Pat. wird in das gewärmte Bett gebracht. 11 Uhr: Halbstündiger Frost ist eben zu Ende. Am Mittag starke Schweisssecretion.

31. October. Pat. wird heute nach ganz physiologischem Wochenbett gesund nach Hause entlassen.

Achter Fall.

(J. No. 5999).

Frau S., 39 Jahre alt, klein, dunkelblond, hat im ersten Jahr laufen können, ist dann am Ende des ersten Jahres vom Tisch gefallen und hat dann erst spät wieder laufen gelernt. In ihrer Kindheit war sie stets leidend. Die erste Menstruation stellte sich im 20. Lebensjahre ein und erfolgte von da an regelmässig alle 4 Wochen schmerzlos mit reichlichem Blutabgang.

Frau S. hat bereits 3 mal geboren. Erste Geburt 6. Juli 1865. Die Schwangerschaft war vollendet. Die Geburt soll mit der Zange ohne Verletzung des Kindes beendigt sein. Narcose. Todtes Kind.

Zweite Geburt. Februar 1866. Ende des 6. Monats wurde die Frühgeburt eingeleitet. Spontane Geburt eines lebenden Kindes, das jedoch nach ein paar Minuten starb.

Dritte Geburt. Januar 1874. Ende des 7. Monats künstliche Frühgeburt. Querlage. Wendung. Todtes Kind. Sämmtliche Geburten unter ärztlicher Leitung in der Heimath. Die letzte Menstruation soll am 19. December 1875 Statt gefunden haben. Die ersten Kindesbewegungen will die Schwangere April

1876 gespürt haben. Während der Schwangerschaft befand sich Frau S. wohl.

Status am 2. August 1876.

Aeussere Untersuchung: Mässiger Grad von Hängebauch. Leib stark ausgedehnt, breit, kuglich. Fundus gut 4 Finger breit über dem Nabel. Wandungen dünn. Fruchtwasser reichlich. Frucht sehr beweglich. Augenblicklich im I. Diagonale. Rücken rechts. Kleine Theile links oben. Fötalpuls rechts.

Innere Untersuchung: Labien, namentlich die kleinen geschwollen. Introitus und Vagina weit, Scheidentheil ziemlich tief, 2 Ctm. lang. Muttermund offen und zum Theil durchgängiger Cervicalcanal. Scheidengewölbe leer.

Die Beckenmessung ergab:

Spin. 27.3
Crist. 29,0
Band. 17,3
Conj. diag. 9,7
Conj. ver. 7,8—7,9.

Promontorium leicht zu erreichen. Seitenwand des Beckens leicht bestreichbar. Das Promontorium bei der inneren Untersuchung deutlich nach links über die Mittellinie gewichen. Linke Pfannengegend bequemer zu bestreichen, als die rechte. Allgemein verengtes, schräg verschobenes glattes Becken.

Kyphoskoliose der oberen Brustwirbelsäule mit Ausbiegung nach rechts hin. Lordose der Lendenwirbel und der beiden untersten Brustwirbel, mit linksseitiger scoliotischer Verschiebung. Entsprechende Verschiebung des Thorax rechts nach hinten, links nach vorn und etwas nach unten.

10. August 1876. Von heute ab wird zweistündlich eine viertel Stunde lang eine warme Einspritzung von 340 gemacht.

12. August. Morgens. Frucht in I. Diagonale. Rücken rechts hinten. Ein grosser Theil links über dem Becken, ein anderer rechts oben. Frucht sehr mobil. Die Genitalien sind sehr gut aufgelockert.

11 Uhr Morgens wird ein Bougie eingeführt, zunächst nur eine kurze Strecke über den inneren Muttermud hinaus. Im

Laufe des Tages treten zwar seltene, aber gute Spannungen auf. In den Abendstunden war das Bougie herausgetrieben, daher 10 Uhr Abends erneute Einlage und zwar höher hinauf. Aus dem Muttermund fliesst zähflüssiger weissgelber Schleim.

13. August. Gegen Morgen war das Bougie ausgestossen, daher 7 Uhr erneute Einlage. Das Bougie wird ungefähr bis $1\frac{1}{2}$ Zoll über den inneren Muttermund in die Höhe geschoben. Scheidentheil kurz. Frucht wie gestern.

14. August. Gegen Morgen hatte sich trotz Befestigung mit Heftpflaster das Bougie wieder aus dem Uterus entfernt. Die Spannungen werden stärker. Frucht wie gestern.

Mittags ein viertel 2 Uhr erfolgt der Blasensprung bei noch mässig eröffnetem Muttermund mit spärlichem Wasserabgang. Die Untersuchung lässt einen Theil durchfühlen, der sich wie ein Knie ausnimmt. Aeusserlich Becken rechts. Fötalpuls rechts oben. Einlegen der Colpeurynters. Es treten alsbald kräftige Wehen auf.

5 Uhr. Kräftige Wehen. Es geht während derselben etwas Wasser ab, daher stärkeres Füllen des Colpeurynters. Fötalpuls schwächer, aber normal frequent. Es scheint, als ob der Rücken sich nach hinten gedreht habe.

7 Uhr. Fötalpuls regelmässig. Der vorliegende Theil hat Neigung, nach links über den Beckeneingang abzuweichen, daher linke Seitenlage und Unterstützung mit einem Kissen an der Stelle, wo der vorliegende Theil steht.

10 Uhr. Befinden dasselbe.

15. August. Morgens $5\frac{1}{2}$ Uhr. Während der Nacht haben die Wehen häufig längere Zeit ausgesetzt und es ist fast kein Wasser mehr abgegangen. Die stark gefüllte Harnblase wird mit dem Katheter entleert. Die äusserliche Untersuchung ergiebt, dass die Frucht in Folge der Seitenlage sich steiler gestellt hat. Wo Kopf, wo Steiss, ist nicht zu unterscheiden. Herztöne normal, links scheinbar stärker als rechts. Links oben fühlt man kleine Theile. Der Colpeurynter bleibt liegen weil bei dem häufigen Aussetzen der Wehen während der Nacht

zweifelhaft bleibt, ob die Geburt in genügender Weise fortgeschritten ist. Seit Kurzem wieder gute Wehen.

10½ Uhr. Gute Wehen. Herztöne normal. Ein Druck auf den Colpeurynter während der Wehen nicht zu bemerken.

1½ Uhr. Starke Wehen. Neben dem Colpeurynter wird der Abgang von etwas Blut bemerkt und daraus gefolgert, dass der Muttermund hinlänglich erweitert sein müsse, um eventuell manuell einzugehen. Der Colpeurynter wird entfernt. Befund: Fundus 1 Finger breit über dem Nabel. Wände sehr straff. Mässige Menge Wasser. Rücken scheint links. Im Fundus ein grosser harter Theil, wahrscheinlich der Kopf. Kleine Theile nicht zu fühlen. Fötalpuls links oben, etwas langsam, 100 Schläge in der Minute. Innerlich: Muttermund verstrichen. Links über dem Becken der Steiss mit links etwas zur Seite stehendem Kreuzbein. Starker Abgang von Mieconium. Es wird nochmals versucht, durch linke Seitenlage den Steiss ins Becken zu bringen (mit gleichzeitigem Druck von aussen), jedoch vergeblich, daher 2 Uhr 10 Minuten Eingehen mit der linken Hand und Herabholen des am Bauch in die Höhe geschlagenen rechten Fusses. Uterus ziemlich wasserleer. Fötalpuls schwach, aber noch 100 Schläge in der Minute. Es wird zur Extraction in der Chloroformnarkose geschritten. Der Rumpf folgt ziemlich leicht und der Rücken dreht sich gut nach vorn. Das Lösen der Hände verursachte einige Schwierigkeit; namentlich wollte der linke Arm, der am Hinterhaupt in die Höhe geschlagen war, nicht folgen. Das Kind machte energische Respirationsbewegungen. In der Nabelschnur sehr schwache Pulsation, daher Beschleunigung der Extraction. Der Kopf stellte sich mit dem Hinterhaupt rechts in den queren Durchmesser und nur mit grosser Anstrengung gelang es, denselben mit dem Prager Handgriff, nachdem auch der Smellie-Veitsche vergeblich versucht war, durch den Beckeneingang hindurch zu bringen. 2 Uhr 45 Min. war die Extraction vollendet. Der Kopf zeigt eine starke Impression, welche von der anderen Schläfegegend ausgehend nach dem Tuber parietale sinist. verlief. Das Kind war todt. Der Querdurchmesser der Impressions-

stelle betrug 9,8 Ctm. Die Nachgeburt wurde leicht mit dem Credé'schen Handgriff entfernt. Uterus gut contrahirt. Keine Blutung.

24. August. Die Wöchnerin steht nach normalem Wochenbett zum ersten Male wieder auf. Gefühl von Druck im Leib und Ziehen im Kreuz, daher wieder Bettlage.

27. August. Klagen über intercurrent auftretende amblyobische Beschwerden.

2. September. Nach sonst normalem Wochenbett gesund entlassen.

Die Frühgeburt würde nach der Diagnose der Schwangerschaftszeit in der 34. Woche eingetreten sein. Sie erfolgte am 15. August und am 2. August wurde auf Grund des Befundes die 32. Woche angenommen. Dieser Zeitpunkt stimmt auch mit der Angabe der letzten Menstruation bis auf nur einige Tage überein.

Die Section des Kindes ergab Impression des Hinterhauptes da, wo es den rechten Theil der Lambdanaht bilden hilft, und Knickung des Scheitelbeinrandes in der Breite von $\frac{3}{4}$ Ctm. Ausserdem bestand eine bedeutende Impression in der Gegend der linken Kreuznaht. In der Schädelhöhle befand sich eine geringe Haemorrhagie zwischen Dura und Arachnoïdea an der Stelle der linksseitigen Impression.

Die Lungen waren völlig atelectatisch. Die Impression auf der linken Seite ist auf den Druck des Promontoriums zurückzuführen. Die auf der rechten Seite muss durch irgend einen Widerstand vom rechten Schambein zu Stande gekommen sein.

Neunter Fall.

(J. No. 6012.)

Frau G., 33 Jahre alt, ziemlich gross, blond, kräftig, weiss nicht zu sagen, wann sie laufen lernte. Eben so wenig weiss sie anzugeben, ob sie an Rachitis gelitten hat. Die erste Menstruation stellte sich im 17. Jahr ein und erfolgte von da an regelmässig alle 4 Wochen. Sie hat bereits vier Mal geboren. Erste Geburt 1870, lebendes Kind, 15 Stunden nach dem

Blasensprung. Rechtzeitige spontane Niederkunft. Kleines Kind ohne Kopfgeschwulst. Das Kind starb nach 5½ Jahren an Diphtheritis. Etwas verlängertes, sonst normales Wochenbett. Zweite Geburt 1872. Querlage, Wendung. Kind starb inter partum. Dritte Geburt 1873. Schädellage, spontan. Das Kind starb inter partum. Vierte Geburt 1874. Fusslage, Extraction. Das Kind starb inter partum. Wochenbett stets regelmässig.

Als Datum der letzten Menstruation giebt Frau G. Ende December an. Wann sie die ersten Kindsbewegungen gespürt hat, weiss sie nicht zu sagen. Im Allgemeinen hat sie sich während der Schwangerschaft wohlbefunden.

Status am 6. September 1876.

Aeussere Untersuchung: Leib breit, wenig vornüberhängend. Fundus 4 Finger breit über dem Nabel. Wandungen schlaff. Frucht liegt steil in der linken Uterushälfte. Kleine Theile oben rechts. Fötalpuls links unten. Leichte Contractionen.

Innere Untersuchung: Aeussere Genitalien geschwollen. Scheide weit. Scheidentheil kurz. Muttermund narbig. Cervicalcanal kurz, aber geschlossen. Kopf ballottirt oben in der Höhe. Seitenwände des Beckens leicht bestreichbar. Promontorium hochstehend. Symphyse niedrig, wenig geneigt.

Die Beckenmessung ergab:

Spin. 24,7
Crist. 26,6
Band. 19,3
Conj. diag. 11,8
Conj. ver. tax. auf 9,8

Die Extremitäten sind lang, die Tibien regelmässig, der Knochenbau gewöhnlich.

Die Zeit der Schwangerschaft ist heute muthmasslich 33. bis 34. Woche.

Die Schwangere wird auf den 21. September wieder herbestellt.

Auf Grund des Beckenbefundes allein würde die Frühgeburt nicht eingeleitet worden sein, da die Conjuguta nur wenig verengt und auch der Querdurchmesser jedenfalls nicht er-

heblich beschränkt war. Den Ausschlag gab der Verlauf der früheren Entbindungen und der ausgesprochene Wunsch der Frau. Nach Lage der Sache schien man bis zur 36. Woche ohne Gefahr warten zu können.

21. September. Frau G. trifft heute hier wieder ein, zwecks Einleitung der partus praematurus artificialis. Die am 22. September vorgenommene innere Untersuchung lässt den Kopf als vorliegenden Theil erkennen. Morgens und Nachmittags Injectionen zu 38° C.

23. September. Morgens 8 Uhr eine weitere gleiche Injection. 8½ Uhr Einführen eines Bougie ca. 4 Zoll hoch in den Uterus. Der Kopf ist etwas nach links abgewichen. Cervicalcanal völlig durchgängig. In letzterer Zeit, namentlich wenn die Schwangere auf ist, Spannungen.

Nachmittags. Das Bougie ist spontan aus dem Uterus herausgeglitten. Querlage. Scheidengewölbe leer. Schwache, seltene Spannungen. Clysma. Linke Seitenlage.

Abends 8 Uhr. Der Kopf liegt wieder beweglich über dem Becken. Scheidentheil beinahe verschwunden. Seltene schwache Contraction. Aus dem Muttermund fliesst zäher, gelblich-weisser Schleim.

24. September. 8 Uhr Morgens. Schädellage. Links neben dem Kopf eine Hand. Muttermund wie gestern.

8¼ Uhr wird von neuem ein Bougie eingelegt und bleibt eine Stunde liegen.

25. September. 9 Uhr Morgens. Einlegen eines Bougie bis hoch in den Uterus. Der Kopf liegt schwerer auf, als gestern.

1½ Uhr. Das Bougie wird entfernt. Clysma.

8½ Abends. Die Wehen werden stärker.

10 Uhr. Muttermund scharfrandig, beinahe in der Grösse eines Zehngroschenstückes geöffnet. Die Frucht hat Neigung, Querlage einzunehmen. Der vorliegende Theil ist rechts über den Beckeneingang abgewichen. Unter dem Muttermund ein kleiner Theil. Frucht leicht verschiebbar. Rechte Seitenlage. Polsterung der rechten Seite.

26. September. 8½ Uhr Morgens. Weder durch rechte noch durch linke Seitenlage gelang es während der Nacht, einen grossen Theil auf den Beckeneingang herabzubringen. Die Längsaxe der Frucht liegt gegenwärtig in der II. Diagonale, so dass der untere Abschnitt der Frucht rechts neben dem Beckeneingang liegt. Innerlich ist nichts von Kindstheilen zu fühlen. Muttermund in der Wehenpause thalergross.

12½ Uhr. Muttermund für die Hand durchgängig. Die Blase hängt weit in die Scheide herab, darin ein kleiner Theil. Da sich kein grosser Theil einstellt, wird die Kreissende auf den Untersuchungsstuhl gelagert und die Blase gesprengt. Jetzt erst war eine sichere Diagnose möglich. Die rechte Schulter lag vor mit nach hinten gekehrtem Rücken. Alsbald wurde in der Narcose die Wendung auf den rechten Fuss gemacht, worauf bei dem Langsamerwerden der Herztöne die Extraction erfolgte. Zunächst war der Steiss vorne, drehte sich dann aber so, das der Bauch nach vorne kam und dann weiter, so dass wieder der Rücken nach vorne kam. Die Extraction ging verhältnissmässig leicht von Statten. Der Kopf wurde mit dem Smelli-Veitschen Handgriff entwickelt. Das Kind, ein Knabe, war schwach asphyktisch, erholte sich aber alsbald im warmen Bade und schrie kräftig. Der Kopf zeigte eine ausgeprägt runde Gestalt. Die Nachgeburt wurde leicht mit dem Credé'schen Handgriff entfernt.

Uters gut contrahirt.

28. September. Straffe Brust.

8. October. Gesund mit gesundem Kind entlassen.

25. October. Laut Bericht Mutter und Kind völlig wohl.

Zehnter Fall.

(J. No. 6030.)

Anna K., 30 Jahre alt, klein, blond, giebt an, in ihrem 6. Jahre laufen gelernt zu haben.

Die erste Menstruation erfolgte im 24. Jahr, von da an regelmässig alle 4 Wochen spärlich, schmerzlos.

Die letzte Menstruation soll Ende Februar stattgefunden, die ersten Kindsbewegungen will die Schwangere im Juni gespürt haben. Sie ist Erstgebärende.

Status am 6. September 1873.

Aeussere Untersuchung. Leib mässig ausgedehnt, etwas vornüberhängend. Fundus 4 Finger breit über dem Nabel. Wandungen dünn, mässig straff. Fruchtwasser ziemlich viel. Frucht zwischen I. Diagonale und horizontaler Lage. Rücken rechts unten, ebenso Fötalpuls.

Innere Untersuchung. Schamlippen angeschwollen. Scheide ziemlich eng. Scheidentheil hoch, 2 Ctm. lang. Muttermund geschlossen. Kopf hoch ballotirend.

Die Beckenmessung ergab:

Spin.	27,6
Crist.	28,4
Band.	18,7
Conj. diag.	9,8
Conj. ver. auf	8,0 taxirt.

Promontorium sehr tief und sehr scharf. Man bestreicht den letzten Lendenwirbel mit einem Finger. Knochen derb. Linke Tibia etwas verbogen.

Status am 30. September.

Aeussere Untersuchung. Fundus 5 Finger breit über dem Nabel. Frucht wie früher. Rücken nach vorn. Fötalpuls rechts am oberen Fruchtrand.

Innere Untersuchung: Scheide eng, Scheidentheil hoch, links. Muttermund geschlossen. Kopf links hoch ballotirend vorliegend.

Status am 20. October.

Aeussere Untersuchung: Leib spitz. Fundus 10 Finger breit über dem Nabel. Kopfsteisslänge 24,5. Fötalpuls mehr unten.

Innere Untersuchung: Scheidengewölbe hochstehend. Scheidentheil sehr kurz. Muttermund nimmt die Fingerspitze auf. Kleine Theile vorliegend.

Nach vorstehendem Befund wurde die künstliche Einleitung der Frühgeburt in der 34--35. Woche beschlossen. Dass das

Becken zu den platten gehöre, unterlag keinem Zweifel, ob aber einfach platt oder allgemein verengt platt, war schwer zu entscheiden. Nach dem Maass der cristae und der leichten Bestreichbarkeit der Seitenwände wurde eine geringe quere Beschränkung angenommen. Am 20. October schien das Ende der 34. Woche gekommen und wurde beschlossen mit der Einleitung der Geburt zu beginnen.

Lagerung am 20. October 1½ Uhr mit dem oben bemerkten Befund. Clysma, Katheterisation. Einführen eines Bougies mit Hülfe des speculums zwischen Uterus und Ei ungefähr 2½ Zoll hoch. Im Lauf des Tages und der darauf folgenden Nacht stellten sich hübsche Contractionen ein. Das Bougie wird, nachdem es 2 Stunden gelegen, spontan ausgetrieben.

21. October, Morgens 7 Uhr. Befund im Ganzen unverändert. Muttermund gut groschengross, scharfrandig, darüber ein grösserer Theil. Mittags 12 Uhr. Unter kräftigen Wehen, bei denen sich wiederholt Erbrechen einstellte, hat sich der Muttermund bis auf Thalergrösse erweitert. Die Blase treibt sich stark gespannt durch denselben vor. Ueber derselben vorn ein grösserer runder Theil.

Nachmittags 4 Uhr springt die Blase bei völlig eröffnetem Muttermund. Die gleich nachher vorgenommene Untersuchung ergibt erste gedoppelte Steissfusslage. Man erreicht den linken Fuss, welcher an den Oberschenkel angezogen ist, bestreicht die linke Hinterbacke und erreicht mühsam den After, welcher links und etwas nach vorn steht. Neben der linken Ferse fühlt man die Zehen des rechten Fusses, welche nach links und vorn gerichtet sind. Der Herzschlag mitten über dem Nabel. 144 Schläge, kräftig. Wehen mässig stark und unter denselben sehr bedeutender Abgang von Meconium. Nach dem Blasensprung dagegen kein nennenswerther Abgang von Fruchtwasser mehr trotz recht wasserhaltigem Uterus. Das Beckenende der Frucht schliesst den Uterus unten gut ab.

Nach dem Befund wurde die Kreissende auf den Operationstisch gelagert, um je nach Umständen bequeme Hülfe leisten zu können. Unter langsamen Wehen und enorm reichlichem

Mecroniumabgang bei gutem Fötalpuls rückte der Steiss langsam herab und um 6 Uhr kommen die Füsse in der verschränkten Stellung, wie oben angegeben, in der Schamspalte zum Vorschein. Die nächste Wehe brachte dann den Steiss mit nach links gewandtem Rücken, während rechts die Kniee durchschnitten. Gleichzeitig erfolgte Urinabgang der Frucht. Nach Geburt des Steisses kam eine ziemliche Menge Blut. Die nächsten drei Wehen brachten nun die Sache nicht weiter vorwärts, obwohl sie durch äusseren Druck von einer Schülerin unterstützt wurden. Da das Kind aber häufig in zuckenden Bewegungen respirirte, so wurde zunächst noch nicht künstlich eingegriffen, obwohl die Nabelschnur nur 70 Schläge machte. (Diese Verlangsamung des Fötalpulses bestand auch ohne äusserliche Compression des Uterus und zu einer Zeit, wo erst eben die Schädelbasis auf den Beckeneingang getreten sein konnte. Sie hielt an bis das Kind nach der Geburt häufiger zu respiriren begann). Erst als die vierte Wehe auch die Geburt nicht zu fördern schien, wurden die hinaufgeschlagenen Arme gelöst. Der Kopf machte ziemlich erhebliche Schwierigkeit. Das Kinn stand rechts so hoch, dass erst nach 2maligem Versuch die Einführung des Fingers in den Mund gelang. Gerader Zug nach abwärts hatte gar keinen Erfolg. Der Truncus des Kindes wurde darauf ganz nach rechts gehoben, um die Schläfegegend in die conjugata zu bringen und es gelang dann mit einem Ruck die Durchführung des Kopfes durch die conjugata, worauf sofort die Drehung des Gesichts nach hinten eintrat. Durch die Beckenhöhle wurde der Kopf dann rasch extrahirt. Nabelschnur war um den Hals geschlungen. Das Kind, welches noch bei dem ersten Versuch in den Mund zu gelangen, lebhaft gezuckt hatte, kam tief asphyktisch zur Welt und respirirte erst eine Weile nach dem Abnabeln schwach, selten und stark rasselnd. Es dauerte nahezu ½ Stunde, bis im warmen Bad durch Hin- und Herschwenken gleichmässige Respiration erzielt wurde und der Herzschlag erreichte erst später die Normalfrequenz als die Respiration,

An der rechten sutura coronalis fand sich eine blaurothe Druckspur des Promontoriums, dagegen hatte sich fast gar keine Unterschiebung der rechten Schädelseite herausgebildet. Die Placenta wurde durch den Credé'schen Handgriff heraus befördert, was leicht gelang. Kurz nachher aber erfolgte eine ziemlich beträchtliche Blutung ex atonia uteri, welche auf Reibungen nicht rasch genug stand und 3malige kalte Injection nöthig machte. Die Entbundene bekam etwas Wein und wurde mit einem Puls von 84 Schlägen zu Bett gebracht. Die Schülerin, welche den Dienst hatte, wurde angewiesen, sich neben das Bett zu setzen und den uterus andauernd mit der Hand zu überwachen.

23. October. Anfänglich wollte das Kind die Brust nicht ordentlich nehmen. Seit heute früh saugt es gut.

2. November. Am 30. October trat nach bislang fast völlig physiologischem Wochenbett eine stärkere Temperaturerhöhung auf, die an den folgenden Tagen noch stieg. Objectiv ist ausser starker Putrescenz der Lochien mässiger Meteorismus mit mässiger Empfindlichkeit des Leibes nachweisbar. Die Schmerzen links nach der Lumbalgegend hin. Seit 2 Tagen kein Stuhl. Ol. Ricini 30,0, Hegar'sches Clysma, Abends ein Opiat. Das Kind beginnt seit gestern unruhig zu werden, wahrscheinlich weil die Milchbildung verringert ist und die Nahrung nicht mehr genügt.

3. November. Am Kind wird heute zuerst eine ziemlich heftige Blennorrhoe der Conjunctiva bemerkt, die demselben wohl die Unruhe verursachen dürfte. Nach Ausspritzen und halten Umschlägen wird das Kind ruhiger.

Die Mutter hat öfter reichliche Stuhlentleerungen gehabt, zuerst trocken und hart, dann breiig und dünn. Die Schmerzen in der linken Lumbargegend dauern fort. Der letzte Stuhlgang gestern Abend. Mässiger Meteorismus.

7. November. Obwohl täglich für Stuhlentleerung gesorgt wird, bleibt doch ein mässiger Meteorismus bestehen. Pat. klagt auch über Empfindlichkeit in der rechten Lumbargegend. Die Angaben sind bei der stupiden Person höchst unzuverlässig,

jedenfalls aber giebt sie bei Palpation der inneren Genitalien keine Schmerzensäusserungen von sich. Wenig Milch.

Die Ophthalmie des Kindes bessert sich unter täglichem Ausspritzen und Touchiren mit Lapislösung. Es verhält sich auch ruhiger.

26. November. Pat. wird gekräftigt entlassen, nachdem sie am 20. zuerst aufgestanden war. Die Blennorrhoe des Kindes hatte auf dem rechten Auge noch einmal sich heftig eingestellt, ist aber einer energischen Behandlung mit Bleiessig und Chlorcinträuflungen bis auf minimale Secretion gewichen. Das Kind hat sich unter Fütterung mit Liebig'scher Suppe gut entwickelt, geht aber wohl bei der Stupidität der Mutter, deren Brust nicht Nahrung genug giebt, einem traurigen Loos entgegen.

Elfter Fall.

(J. No. 6022).

Frau. H., 33 Jahr alt, klein, blond, lernte mit ca. 5 Jahren gehen. Die erste Menstruation erfolgte im 20. Jahr und von da an regelmässig. Sie hat bereits einmal geboren am 9. November 1870. Die Geburt war 36 Stunden nach dem Blasensprung vollendet. Sie wurde mit der Zange beendet, nachdem der behandelnde Arzt Perforation vorgeschlagen hatte. Das Wochenbett dehnte sich über die gewöhnliche Zeit hinaus aus, scheint aber von Peritonitis frei gewesen zu sein. Das Kind war ausgetragen und starb inter partum. Die letzte Menstruation will die Schwangere am 20. Februar 1876 gehabt haben. Die ersten Kindsbewegungen hat sie rechts oben gespürt, wann weiss sie jedoch nicht anzugeben.

Während der Schwangerschaft hat sich Frau H. wohl befunden, nur hat sie stark an Husten gelitten.

Status am 3. October.

Aeussere Untersuchung: Fundus 3 Finger breit über dem Nabel. Kein Hängebauch. Uterus schlaff, dünnwandig. Fruchtwassermenge mittleren Grads. Frucht in I. Diagonale. Kleine Theile rechts oben. Fötalpuls links unten.

Innere Untersuchung: An der Scheide nichts besonderes. Scheidentheil dick, 1½ Ctmtr. lang. Muttermund nimmt eben die Fingerspitze auf. Kopf hoch auf dem Becken.

Kopfsteisslänge 21,5 Ctmtr.

Die Beckenmessung ergab:

Spin.	25,1
Crist.	28,7
Band.	17,5
Conj. diag.	10,4
Conj. ver. ars.	8,4 taxirt.

Die Symphyse hoch, wenig geneigt. Seitenwände sehr leicht bestreichbar. Promontorium tiefstehend, mässig scharf. Kurze Extremitäten. Beine mit geringer X-Stellung. Knochen mässig fein. Tibien und Oberschenkel gerade. Kreuz mässig eingezogen.

Status am 23. October 1876.

Aeussere Untersuchung: Fundus gut 4 Finger breit über dem Nabel. Auch jetzt kein Hängebauch. Wenig Fruchtwasser. Frucht in I. Diagonale. Rücken links. Frucht ziemlich mobil.

Innere Untersuchung: Cervicalcanal völlig durchgängig. Man kommt auf den beweglich vorliegenden Kopf, der sich weich anfühlt. Kopfsteisslänge 24 Ctmtr.

Die Schwangere, die am 3. noch auf 14 Tage nach Hause geschickt war, ist um 8 Tage zu spät zurückgekommen.

Nach Abwägung aller Momente wird die Zeit der Schwangerschaft auf die 34 Wochen taxirt. Morgen soll mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt begonnen werden.

24. October. Morgen ½9 Uhr wird ein Bougie zur Erregung der Wehenthätigkeit eingeführt. Dasselbe dringt hoch in den Uterus empor. Der Befund hatte sich seit gestern nicht verändert. Bald nach dem Einlegen stellten sich gute Wehen ein. Das Bougie wird 11¼ Uhr entfernt. Aus dem Muttermund fliesst stark blutiger Schleim. Die schon gut im Gang befindlichen Wehen sistiren nach Entfernung des Bougies und nachdem die Kreissende sich erhoben bald wieder.

4½ Uhr Nachmittags. Pat. gibt an es scheine ihr als ob der Leib sich gesenkt habe. Fundus knapp 4 Finger breit über dem Nabel. Frucht ziemlch steil. Rücken links. Kleine Theile rechs oben. Fötalpuls links unten.

Innerliche Untersuchung: Scheidentheil beinahe verschwunden. Der kurze Cervicalkanal ist breit. Man fühlt den Kopf fester auf dem Becken aufliegen. Die Pfeilnaht, deren Knochenränder nicht besonders nachgiebig sind, verläuft im ersten schrägen Durchmesser. Links vorn erreicht man soeben den Winkel einer Fontanelle, welche die kleine scheint.

Da die Contractionen ausgesetzt, wird das Bougie wieder eingeführt. Die stark gelösten schlaffen Eihäute erschweren dies wegen der Gefahr einer Ruptur.

6½ Uhr Abends. Es haben sich wieder gute Contraction eingestellt. Das Bougie wird wieder entfernt.

9¾ Uhr. Die Contractionen halten an. Die Verkürzung des Scheidentheils nimmt zu. Der Kopf hat seine frühere Stellung beibehalten.

1 Uhr Nachts. Die Kreissende hat mässige Contractionen. Dieselben halten bis gegen 4 Uhr an und setzen dann wieder völlig aus.

25. October. 8 Uhr Morgens. Das Bougie wird wieder eingeführt. Es traten von neuem gute Contractionen auf. Nachdem angeblich unter dem Einfluss eines Hustenanfalls das Bougie herausgeglitten war, wird es von neuem eingeführt und bleibt bis 12 Uhr liegen. Der abgehende Schleim ist nicht mehr blutig.

4 Uhr Nachmittags. Die Contractionen halten an. Muttermund zehngroschnngross, aber noch nicht überall scharfrandig. Der Kopf liegt beweglich auf dem Becken. Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle links vorn.

12 Uhr Nachts. Muttermund scharfrandig, mehr als thalergross. Die Wehen werden seltener und schwächer und setzen zuletzt bis ½7 Uhr Morgens am 26. October fast ganz aus. Von da ab stellen sie sich wieder energischer ein, so dass 8½ Uhr Morgens der Muttermund 5—6 Ctm. weit geöffnet ist.

Die Blase ist während der Wehe gespannt. Die Eihäute fühlen sich derb an.

10 Uhr. Der Blasensprung muss bald erfolgen. Muttermund fast völlig verstrichen. Die Base wird während der Wehe tief in die Scheide hinabgetrieben und verliert auch in der Wehenpause ihre Spannung nicht ganz. Wehen gut. Kleine Fontanelle steht im Verhältniss zur grossen tief.

10¼ Uhr erfolgt der Blasensprung. Es geht ungefähr eine grosse Tasse voll Wasser ab. Sofort passirt der Kopf mit weit vorangehender kleiner Fontanelle den Beckeneingang und wird bald darauf in der Schamspalte sichtbar. Kurz darauf schneidet er durch. Die Schultern treten im ersten schrägen Durchmesser aus der Schamspalte. Das Kind, ein Knabe, schreit kräftig. Auffällig ist eine auf Kopf und Hals beschränkte stärkere Cyanose. Am Schädel, der sich durch kleine Quermasse auszeichnet, eine ziemlich bedeutende Impression auf der linken Seite. Sie verläuft ziemlich genau von vorn nach hinten und kreuzt die Kreuznaht. Die Nachgeburt wird ziemlich leicht mit dem Credéschen Handgriff entfernt. Eihautriss dicht am Placentarand. Nabelschnurinsertion central.

29. October. Einmalige Temperatursteigerung bei straffem Brüsten. Die Cyanose des Kindes schwindet.

5. November. Die Mutter wird mit zurückgebildeten Genitalien entlassen. Das Kind ist gut gediehen und verspricht sich kräftig weiter zu entwickeln.

Zwölfter Fall.

(J. No. 6040).

Frau B., 25 Jahre alt, untersetzt, dunkelblond lernte im ersten Jahr laufen. Die Menstruation erfolgte im 15. Jahr und von da an regelmässig alle 4 Wochen. Frau B., hat bereits 3 mal geboren. Erste Geburt 1872 mit ärztlicher Hülfe. Die Geburt wurde am Ende des 2. Tags mit der Zange beendet. Lebendes Kind, das nach ½ Jahr starb. Zweite Geburt am 4. August 1874. Perforation nach vergeblichen Zangenversuchen.

Dritte Geburt am 7. Febr. 1876. Perforation nach vergeblichen Zangenversuchen. Das Wochenbett verlief stehts regelmässig.

Die letzte Menstruation hatte die Schwangere 6—7 Wochen nach der letzten Niederkunft. Die Regel trat nur einmal auf. Eintritt der Conception angeblich am 27. März. Die ersten Kindsbewegungen hat die Schwangere angeblich in der 20. Woche vom 27. März ab gerechnet, gespürt. Das Befinden während der Schwangerschaft war gut.

Status am 28. November 1876.

Aeussere Untersuchung: Leib ziemlich ausgedehnt, breit, mässiger Hängebauch. Bauchdecken schlaff. Fundus beinahe 6 Finger breit über dem Nabel. Wandungen schlaff und dünn. Viel Fruchtwasser. Frucht querliegend mit nach vorn liegenden kleinen Theilen, (etwas nach dem ersten schrägen Durchmesser gerichtet) Fötalpuls rechts unten, sehr frequent in Folge starker Bewegung der Frucht.

Innere Untersuchung: Introitus weit. Scheide gut aufgelockert. Scheidetheil $1\frac{1}{2}$ Ctm. lang, durch Muttermund geöffnet. Cervicalcanal zum Theil durchgängig. Der Kopf liegt vor.

Die Beckenmessung ergab:

Spin. 30,6
Crist. 32,0
Band. 18,5
Conj. diag. 10,4

Das Promontorium ist mit einem Finger zu erreichen, mässig hochstehend, ziemlich scharf. Seitenwände schwer zu bestreichen. Man erreichte den untersten Lendenwirbel. Knochen derb. Tibien etwas verbogen. Eine stärkere Verbindung der Wirbelsäule ist nicht vorhanden.

Kopfsteisslänge 20—21 Ctm. Weil die Frucht noch zu klein ist, wird die Schwangere noch bis zum 15. December nach Hause geschickt.

19. Decemper 1876. Nachdem wegen Kleinheit der Frucht bis heute gewartet, wird jetzt zunächt mit warmen Injectionen

begonnen, um die Theile zu erschlaffen. Bauchwand und Uterus sind schlaff, so dass die Frucht bei gleichzeitigen Vorhandensein einer genügenden Fruchtwassermenge eine grosse Beweglichkeit zeigt und sich bald in Beckenendlage, bald in Querlage, bald in Kopflage präsentirt. Schon durch die 2stündlich ausgeführt warmen Injectionen werden gute Spannungen des Uterus ausgelöst, so dass sich am Morgen des 20 December eine wesentliche Erschlaffung und Verkürzung der Cervix constatiren lässt. Es wird jetzt ein Bougie (Nro. III.) eingeführt, das sich hoch emporschieben lässt. Bald darauf treten stärkere Contractionen auf. In der Mittagszeit wird das Bougie 3 Stunden entfernt und der Schwangeren das Aufstehen erlaubt.

4 Uhr wird das Bougie wieder eingelegt. Seit Eintritt der Constractionen hat die Frucht bei ruhiger Rücken- und vorzugsweise linker Seitenlage constant eine Kopflage inne gehalten. Abends wird das Bougie entfernt.

21. December. Obwohl während der Nacht Wehen dagewesen sein sollen, ist der Fortgang doch ein geringer. Das Bougie wird von neuem eingeführt. Gegen Abend stellen sich schmerzhafte Wehen ein. Der abgehende Schleim enthält blutige Beimischungen. Das Bougie wird 4 Uhr entfernt.

7 Uhr Abends geht Wasser ab. Die gleich darauf vorgenommene Untersuchung ergiebt den Schädel lose auf den Beckeneingang. Der Kopf fühlt sich klein und ziemlich weich an. Die Pfeilnaht verläuft im ersten schrägen Durchmesser etwas der vorderen Beckenwand genähert. Fontanellen noch nicht mit Deutlichkeit zu tasten. Die kleine Fontanelle scheint links vorn, während man nach dem äusseren Befund (kleine Theile deutlich links) 2. Lage erwarten sollte. Wehen schwach. Fötalpuls 144 kräftig.

11 Uhr. Wehen noch schwach. Kopf hoch äusserlich fühlbar. Wasserabfluss andauernd. Fötalpuls gut.

22. December 8 Uhr Morgens. Wehen schwach. Fötalpuls gut. Muttermund thalergross. Pfeilnacht mehr hinten im Becken.

9 Uhr Leib ziemlich ausgedehnt. Fundus gut 5 Finger breit über dem Nabel. Wandungen besser gespannt, als früher.

Frucht in I. Diagonale Rücken rechts kleine Theile links oben. Fötalpuls rechts unten.

Introitus und Scheide weit, gut entwickelt. Scheidengewölbe hochstehend. Muttermund gut thalergross. Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser, etwas nach dem queren hin verlaufend. Grosse Fontanelle links vorn. Auf der Pfeilnaht beginnt sich eine Kopfgeschwulst zu bilden. Secal. cornut. 0,5 dos. III.

11 Uhr. Die Wehen sind etwas stärker geworden und werden von der Kreissenden als sehr schmerzhaft geschildert. Fortschritt gering.

12 Uhr. Derselbe Zustand. Versuchsweise linke Seitenlage. Wasser ist während des ganzen Morgens nicht abgegangen. Fötalpuls gut. 12½ Uhr Rückenlage.

1¼ Uhr. Nachdem das Hinterhaupt sich gesenkt, geht der Kopf mit einer Wehe durch den Beckeneingang und passirt dann die Beckenhöhle rasch. Das Kind schreit gleich nach dem Austritt ziemlich lebhaft. Keine Nabelumschlingung. Drehung der 2. Schädellage gemäss. Die Placenta wird mit dem Credéschen Handgriff leicht entfernt. Das linke Scheitelbein trägt in der Nähe der kleinen Fontanelle eine grosse Kopfgeschwulst, das rechte ist ziemlich abgeflacht, untergeschoben und nach vorn verschoben. Ueber das tuber parietale dextr. weg läuft ein breiter rother Streif fast horizontal, ein wenig von oben hinten nach unten vor. Nabelschnur sehr kurz. Offenbar ist das Kind älter als angenommen wurde.

3. Januar 1877. Nach normalem Wochenbett wird die Wöchnerin heute mit gesundem Kind entlassen. Das Kind wog heute 3050 Grm.

Dreizehnter Fall.

(J. N. 6047.)

Frau B., 34 Jahre alt, lernte frühzeitig laufen und weiss nichts von Rachitis zu berichten.

Die erste Menstruation stellte sich im 19. Jahre ein und erfolgte von da an regelmässig alle 4 Wochen mit 3tägiger Dauer und reichlichem Blutabgang. Frau B. hat bereits 4mal geboren. Erste Geburt (6. Januar 1871) dauerte 2 Tage und erfolgte 18 Stunden nach dem Blasensprung. Das Kind wurde nach 2maligem vergeblichem Versuch glücklich mit der Zange extrahirt. Es war ein starker Knabe und lebte 10 Minuten. Das Wochenbett verlief gut.

Zweite Geburt (17. Fbr. 72) ebenfalls rechtzeitig. Die Frucht hatte Querlage, wurde auf den Kopf gewendet und ebenfalls mit der Zange extrahirt, wie es scheint mit nach vorn gewandter Stirn und Nabelschnurvorfall. Die Zange glitt 3mal ab und erst nach Perforation der Pfeilnaht gelang den beiden hinzugerufenen Aerzten die Extraction. Das Kind war ein Mädchen von mittlerer Grösse. Das Wochenbett verlief ebenfalls gut.

Die dritte Geburt (23. Jan. 74), künstliche Frühgeburt. II. Fusslage. Extraction. Lebendes Kind.

Vierte Geburt erfolgte rechtzeitig am 9. Febr. 76. Perforation. Frau B. hat sich nach dem letzten Wochenbett rasch erholt. Das frühere durch Frühgeburt erhaltene Kind soll hypercephalisch geworden sein. (Es leidet an spinaler Kinderlähmung).

Die letzte Menstruation will die Schwangere am 10. Mai gehabt haben, jedoch soll sie sehr schwach gewesen sein. Die ersten Kindsbewegungen will sie am 1. Septbr. oben gespürt haben. In der letzten Zeit hatte sie wenig Appetit und viel Husten, wie auch während der früheren Schwangerschaften. Sie hat in den letzten Wochen viel Rückenschmerzen gehabt.

Status am 20. December 1876. Aeussere Untersuchung: Abdomen flach. Fundus gut 2 Finger breit über dem Nabel. Kein Hängebauch. Wandungen sehr schlaff. Fruchtwasser in mittlerer Menge. Frucht in II. Diagonale. Kopfsteisslänge 21 Ctm.. Innere Untersuchung: Cervicalcanal völlig durchgängig. Der Kopf liegt über dem inneren Muttermund. Man fühlt Nähte. Der Cervicalcanal ist aber noch lang.

Die Beckenmessung ergab:

Spin. 24,8.
Crist. 27,8.
Baud. 16,6.
Caig. diag. 10,5.

Kreuz flach, ohne Einziehung. Kein Zeichen von Rachitis. Extremitäten lang. Knochen fein, ohne Verbiegung. Seitenwände ausserordentlich leicht bestreichbar. Die rechte Pfannengegend scheint etwas eingebogen. Promontorium stumpf, ziemlich hochstehend. Man kann einen grösseren Theil vom Kreuzbein bestreichen. Es scheint etwa am 4. Kreuzwirbel eine Einknickung zu sein. Die untere Parthie scheint etwas nach vorn zu stehen, die obere vielleicht wenig nach hinten. Der Beckenausgang ist verengt. Schossfuge sehr niedrig, fein, wenig geneigt.

Status am 6. Januar 1877. Aeussere Untersuchung: Kopfsteisslänge 22,7 Ctm. Starke Contractionen. Lungen frei. Aussehen sehr anämisch und geschwächt. Am Halse zu beiden Seiten starke Lymphdrüsenschwellungen, die theilweise schon in Vereiterung übergehen. Sie sollen während jeder Schwangerschaft aufgetreten sein.

Innere Untersuchung: Befund noch ebenso wie am 20. Dcb. Nachdem dem Mann der Frau B. eröffnet, dass die Aussichten für Mutter und Kind zwar schlecht seien, dass aber immerhin. die Einleitung der künstlichen Frühgeburt das Beste sei, willigt dieser ein, dass die Frühgeburt eingeleitet werde.

Am Morgen des 8. Januar wird zunächst ein Bougie eingelegt. Bald stellen sich Spannungen ein, die dasselbe wieder heraustreiben. Dasselbe wiederholt sich im Lauf des Tags noch einige Male.

4 Uhr Nachmittags stellt sich folgender Befund heraus:

Leib mässig ausgedehnt. Fundus gut 4 Finger breit über dem Nabel. Bauchdecken und Uteruswandungen schlaff. Wenig Fruchtwasser. Frucht im I. Diagonale. Rücken rechts. Kleine Theile links oben. Fötalpuls rechts unten. Introitus und Vagina ziemlich eng. Scheidentheil kurz, dickwulstig. Cervicalcanal

kurz, etwas länger als 1 Ctm. Der Kopf liegt auf dem Beckeneingang. Es wird von neuem ein Bougie eingeführt. Das Kind scheint noch klein, was jedenfalls zum grossen Theil auf die schwächliche anämische Constitution der Mutter zurückzuführen ist. Der jetzige Zeitpunkt wurde besonders auch deshalb zum Beginn der Frühgeburt gewählt, weil die Frucht zur Zeit eine Kopflage inne hat. Der 2. Ton des kindlichen Herzens ist deutlich accentuirt. Nabelschnurgeräusch nicht vorhanden. 9. Januar. Auch gestern Abend war das eingeführte Bougie bald wieder herausgeglitten. Es gelingt nicht dasselbe höher hinauf zu schieben. Heute früh 8½ Uhr wird das Bougie wieder eingelegt. Der Kopf liegt noch vor. Während der Nacht keine Wehen.

2 Uhr Mittags. Die Frucht liegt quer; der Kopf links. Der kurze Cervicalcanal ist fast in der Grösse eines Zehngroschenstücks eröffnet. Darüber fühlt man deutlich Arm und Hand in lebhafter Bewegung. Spannungen ziemlich selten. Die Kreissende, welche willkührlich die rechte Seitenlage eingenommen, wird auf die linke Seite gelegt.

4 Uhr. Der Kopf liegt wieder vor. Die Kreissende soll auf den Rücken oder der linken Seite liegen. Spannungen selten, von wechselnder Intensität, jedoch immer noch schwach. Die Accentuation des 2. Tons ist nicht mehr vorhanden.

18. Januar. Die Kreissende erhielt gestern Abend 0,06 Ext. opii. Darauf gut geschlafen, aber dann und wann bestanden die Spannungen fort. Gegen 9 Uhr wird wieder ein Bougie eingeführt. Es stellen sich wieder Contractionen ein, zugleich aber tritt eine mässige Blutung auf. Daher wird das Bougie wieder entfernt, worauf die Blutung steht.

11. Januar. 7½ Uhr Morgens. Kopflage. Muttermund scharfrandig, Markgross, Während der Contractionen wölbt sich die Blase in das Scheidengewölbe vor.

12 Uhr. Muttermund 5 Mark gross. Der Kopf liegt vor. Fötalpuls links unten am deutlichsten.

Kurz vor 3 Uhr Nachmittags springt die Blase bei völlig erweitertem Muttermund. Die Frucht präsentirt sich in I. voll-

kommener Fusslage. Der rechte Fuss hängt in der Scheide mit nach vorn und etwas links stehender Ferse. Der linke Fuss befindet sich noch im Uterus. Die Frucht hat eine ausserordentlich stark gekrümmte Gestalt, so dass der Steiss äusserlich links über dem Becken und der Kopf rechts auf dem Hüftblatt zu fühlen ist. Die Herztöne sind etwas frequenter als normal — 168 — aber laut und kräftig. Zunächst wird die Geburt der Natur überlassen. Die Kreissende bekommt Wein. ¾4 Uhr sind beide Füsse tief in die Scheide herabgetreten, links daran die kräftig pulsirende Nabelschnur. Wehen selten und von geringem oder gar keinem Erfolg. Daher wird ¾4 Uhr zur Extraction geschritten. Es wird an dem rechten Fusse angezogen und bei gleichzeitigem mässigem äusseren Druck rückt die Frucht herab. Der Steiss dreht sich gut nach vorn. Die Entwicklung des Rumpfes gelang leicht. Die Arme waren beide vorgefallen. Durch Zug an den Armen wurden die Schultern heraus befördert. Die Frucht stellte sich darauf mit dem Rücken nach links. Es gelang nicht gleich den nach vorn links stehenden Mund zu erreichen. Da weiterer Verzug Gefahr gebracht haben würde, versuchte Herr Prof. Dohrn selbst die Entwicklung des Kopfes anzustreben. Es gelang ihm auch alsbald den Mund zu erreichen. Der Kopf folgte leicht durchs Becken und es wurde ein schwach asphyktisches Kind entwickelt, das sich im Bade rasch erholte. Die Nachgeburt wird ¼ Stunde später mit dem Credéschen Handgriff entfernt. Uterus gut contrahirt. Die Entbundene fühlt sich wohl.

19. Januar 1877. Am 3. und 4. Tag heftig gespannte Brüste, so dass die rechte Brust sich selbst geröthet hatte. Aufbinden der Brüste. Milchpumpe.

22. Januar 77. Die Wöchnerin steht auf.

30. Januar. Die Wöchnerin wird nach normalem Wochenbett mit gut gediehenem Kind entlassen.

Laut Bericht vom 10. Mai 1877 hat sich das Kind gut entwickelt und wiegt 11¼ Pfund.

Thesen.

I.

Die Tracheotomie ist bei Croup nicht als ultimum refugium zu betrachten, sondern gleich im Beginn der Krankheit zu machen.

II.

Ferrum sesquichloratum bei Haemoptoe ist ein unwirksames Mittel.

III.

Die beste Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist das Einlegen eines Bougies zwischen Uterus und Eihäute.

IV.

Das Vorkommen eines hämatogenen Ikterus ist nicht unbedingt zu läugnen.

Georg August Wachenfeld, Sohn des Bahnhofsvorstands Georg Friedrich Wilhelm Wachenfeld und Emilie geb. Stamm, reformirter Confession, wurde geboren am 13. Juni 1851 zu Grifte, Kr. Cassel.

Den ersten Unterricht empfing er durch Privatlehrer. Von Ostern 1864 an besuchte er die Gymnasien zu Cassel und Marburg. Während des Feldzuges 1870/71 diente er als einjähr. Freiwilliger im hess. Jäger-Bataillon Nr. 11.

Vom Sommer 1871 an besuchte er das Gymnasium zu Frankfurt a.M., von welchem er zu Ostern 1872 mit dem Zeugnis der Reife abging.

Von Ostern 1872 an studirte er Medicin in Marburg.

Zu Ende des Wintersemesters 1874/75 legte er das tentamen physicum ab, im Prüfungsjahr 1876/77 bestand er das medicinische Staatsexamen und am 17. Juli 1877 das examen rigorosum.

Seine academische Ausbildung erhielt er durch folgende Herren Professoren und Docenten:

Beneke, Carius, Dohrn, Falck, Greeff, v. Heusinger, Horstmann, Hüter, Külz, Lahs, Lieberkühn, Mannkopff, Melde, Mösta, Nasse, Roser, Schmidt-Rimpler, Wagener,

welchen Herren er sämmtlich hiermit seinen Dank ausspricht.